ALFASIGMA
Sun Wave Pharma
Romania
BERLIN-CHEMIE MENARINI
GENODYNAMIC
HOTEL PALACE
ICEMED Soluții sănătoase
Medisal dispozitive medicale
AITI Dedicated to health.
PHARMA TELNET
RECOMEDICAL
Sanience
SOCIETATEA ROMÂNĂ DE REABILITARE MEDICALĂ
WÖRWAG PHARMA

MEDICAL MARKET

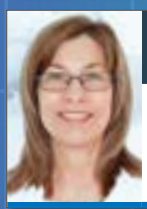
Reabilitare Medicală

20 DE ANI
20 de ani de presă medicală sub egida Fin Watch

Publicație adresată cadrelor medicale

Revista profesioniștilor din Sănătate 2019 - 2020

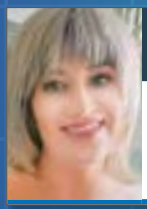
Conf. Univ.
Dr. Adrian Bighea
Președinte SRRM, UMF Craiova


Șef Lucrări,
Dr. Georgiana Ozana Tache
UMF „Carol Davila" București,
Vicepreședinte SRRM

Dr. Daiana Popa
Secretar general SRRM

Șef Lucrări,
Dr. Laszlo Irsay
UMF „Iuliu Hațieganu" Cluj Napoca

Conf. Univ.
Dr. Florina Ligia Popa
UMF „Lucian Blaga" Sibiu


Conf. Univ.
Dr. Paraschiva Postolache
UMF „Grigore T. Popa", Iași

Șef lucrări,
Dr. Dorina Maria Fărcaș
FMF Oradea

milgamma®

Neuroprotecție și neurotroficitate.
Eficient, rapid și de lungă durată!

WÖRWAG PHARMA

MIL/04.19/105

Sun Wave Pharma

Making Tomorrow Healthier

FORȚĂ și ENERGIE în ARTICULAȚII

www.sunwavepharma.com

Acesta este un supliment alimentar. Citiți cu atenție prospectul/informațiile de pe ambalaj. Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

Sun Wave Pharma
Making Tomorrow Healthier

FORȚĂ și ENERGIE în ARTICULAȚII

EFECT ANTIINFLAMATOR
EFECT ANTIALGIC

Eficacitate similară cu AINS în tratarea inflamației[1,2]

Combinatia Boswellia serrata și Curcuma longa reduce durerea cu 74,99%[3]

Mod de administrare: 1 comprimat / zi.

1. Dragos D et al; Phytomedicine in Joint Disorders; Nutrients 2017, 9, 70; doi:10.3390/nu9010070
2. Shehzad A et al; Curcumin in inflammatory diseases; BiofactorVol 39, No. 1, 2013, Pages 69–77
3. Al-Harrasi et al; Analgesic effects of zacra on animal models; Asian Pac J Trop Med, 7(2014), pp. 5485-5490

Cefaleea de cauză cervicală **Conf. Univ. Dr. Adrian Bighea**	6
Boala Parkinson **Șef Lucrări, Dr. Georgiana Ozana Tache**	8
Disreflexia autonomă, manifestare cu risc cardio-vascular major la pacienții cu leziuni medulare **Dr. Daiana Popa**	16
Aspecte ale reabilitării gravidei și lăuzei cu patologie musculoscheletală **Șef lucrări Dr. Laszlo Irsay**	20
Rolul reabilitării medicale în fibromialgie **Conf. Univ. Dr. Florina Ligia Popa**	24
Reabilitarea pulmonară în România (II) **Conferențiar Universitar Dr. Paraschiva Postolache**	28
Câteva considerații asupra relației medicină complementară - reabilitare medicală **Dr. Dorina Maria Fărcaș**	32
Recuperarea pacienților cu ruptură de tendon ahilian **Dr. Ileana Monica Borda, Dr. Laszlo Irsay**	34
Particularități ale infecțiilor urinare la pacienții cu leziuni vertebro-medulare **Dr. Daiana Popa, Dr. Raluca Munteanu**	36
Reabilitarea 2030; o chemare la acțiune! **Dr. Daiana Popa**	38

Editor
Calea Rahovei, nr. 266-268,
Sector 5, București,
Electromagnetica Business Park,
Corp 60, et. 1, cam. 19
Tel: 021.321.61.23
e-mail: redactie@finwatch.ro

ISSN 2286 - 3443

FIN WATCH

ICEMED

Soluţii sănătoase

Echipamente și tehnologie medicală de înaltă performanță

www.icemed.ro | icemed@icemed.ro | tel: 021 224 19 77

Cefaleea de cauză cervicală

Cefaleea de cauză cervicală se manifestă printr-un un grup foarte mare și heterogen de simptome care apar ca urmare a unor iradieri ale durerii de la diverse structuri vertebrale cervicale. S-a încercat în repetate rânduri să se formuleze o definiție a cefaleei de cauză cervicală fără însă a se ajunge la un consens tocmai din cauza existenței multor modalități de producere și a multor forme de manifestare clinică.

Conf. Univ.
Dr. Adrian Bighea

UMF Craiova,
Președinte SRRM

Se apreciază că dintre toți subiecții care acuză cefalee, la peste o treime cauza este cervicală. Vârsta medie a celor cu astfel de acuze este 40-45 de ani iar 80% ditre subiecți sunt de sex feminin.

Cauze

Originea cefaleei de cauză cervicală poate fi în rădăcinile nervoase cervicale, nervii spinali, discurile intervertebrale, articulațiile uncovertebrale, ligamentele sau mușchii regiunii cervicale. Cauza este de cele mai multe ori degenerativă, dar poate fi și traumatică, așa cum este posibil ca în multe cazuri să nu poată fi pusă în evidență o modificare anatomopatologică certă. Motivația percepției durerii ca cefalee pare a fi susținută de așa-numita teorie a convergenței. Cercetările de neurofiziologie și chiar de neuroanatomie au dovedit existența convergențelor între aferențele nociceptive ale nervilor spinali și aferențele din teritoriul trigemenului care se petrec în nucleul trigeminocervical localizat în segmentul superior al coloanei cervicale. Din cauza acestor convergențe durerea din teritoriul senzitiv cervical este percepută ca durere referită la nivelul capului și feței și invers, durerea din teritoriul trigeminal este percepută ca durere referită în zona occipito-cervicală. Mai mult, studii de anatomie ale lui Khan, Hack, Scali sau Pontell au descris existența așa-numitelor punți miodurale de tip fascial, care leagă mușchii suboccipitali de dura mater la nivelul coloanei cervicale.

Diagnostic

Anamneza pacienților cu cefalee de origine cervicală trebuie să cuprindă obligatoriu întrebări despre existența în antecedente a vreunui eveniment care să fi produs o hiperflexie sau mai ales o hiperextensie a coloanei cervicale, așa cum se întâmplă în accidentelor de circulație, asociate adesea cu hernii de disc cervicale, distorsii de articulații interapofizare, leziuni ale rădăcinilor nervoase cervicale.

Cefaleea de origine cervicală se manifestă în principal unilateral, având ca punct de plecare regiunea occipitală. Durerea iradiată merge către vertex, anterolateral temporal de aceeași parte, spre frunte sau mijlocul feței, uneori interesând și partea contralaterală. Dacă inițial se manifestă în episoade cu durată variabilă, cu timpul devine permanentă, cronică. Se diferențiază de migrenă prin faptul că episoadele dureroase durează mai mult decât în migrenă dar intensitatea durerii este mai mică și nu apare acel caracter pulsatil, specific migrenei. În mod normal nu apare nici fotofobia sau greața, dar în unele cazuri cefaleea de origine cervicală poate fi însoțită de vertij.

La examenul fizic, contracturile musculare, afectările degenerative articulare ale coloanei cervicale ca și retracturile fasciale produc o reducere a amplitudinilor de mișcare activă și pasivă a segmentului cervical. Durerea occipitală unilaterală iradiată la nivelul capului și feței cu caracter progresiv sugerează o artroză interapofizară, pe când o hernie de disc cervicală poate fi însoțită de durere și parestezii în membrul superior și chiar de deficit motor în teritoriul rădăcinii comprimate de discul herniat. Manevra Spurling, de extensie cervicală și rotație a capului cu presiune pe vertex, poate reproduce durerea cu caracter radicular dintr-o hernie de disc.

Examinare imagistică

Radiografia de profil a coloanei cervicale, de preferat în flexie și în extensie, poate arăta existența unor mișcări segmentare anormale. Dacă radiografia confirmă existența unei fracturi, se indică de obicei examen computer-tomograf. În herniile de disc cervicale, rezonanța magnetică este mai sensibilă, deși autorii descriu un procent de 50% de rezultate fals pozitive și 30% fals negative. Orice constatare imagistică trebuie corelată cu starea clinică a pacientului pentru că procentul de

modificări imagistice la indivizi asimptomatici este foarte mare.

Tratament medicamentos

Tratamentul cefaleei de origine cervicală va avea ca prim obiectiv combaterea durerii și inflamației cu ajutorul antiinflamatoriilor nesteroidiene, care însă nu trebuie folosite timp îndelungat. Pot fi asociate și antialgicele opioide slabe, de tipul tramadolului. Algiile radiculare intense răspund bine la corticoterapie generală de scurtă durată, dar se preferă blocajul durerii cu infiltrații țintite sau injectarea epidurală transforaminală de corticoizi. Antidepresivele pot fi și ele asociate ca terapie adjuvantă pentru diminuarea durerii și ameliorarea somnului. Să nu uităm că mulți pacienți acuză accentuarea siptomatologiei din cauza posturii nocturne.

Tratament fizical

Procedurile fizicale pot ajuta și ele la diminuarea simptomatologiei algice. Diverse forme de electroterapie antialgică cum ar fi Curenții Diadinamici sau TENS sunt adesea recomandate. Termoterapia și masajul înainte de de programul de kinetoterapie sau de tracțiunile vertebrale au pe lîngă rolul de calmare a durerii și un rol important de asuplizare a țesuturilor contracturate sau retracturate.

Odată depășit momentul durerii acute, se va începe programul de kinetoterapie, bazat la început pe stretching activ, de flexibilizare, apoi trecând treptat la exerciții de stabilizare.

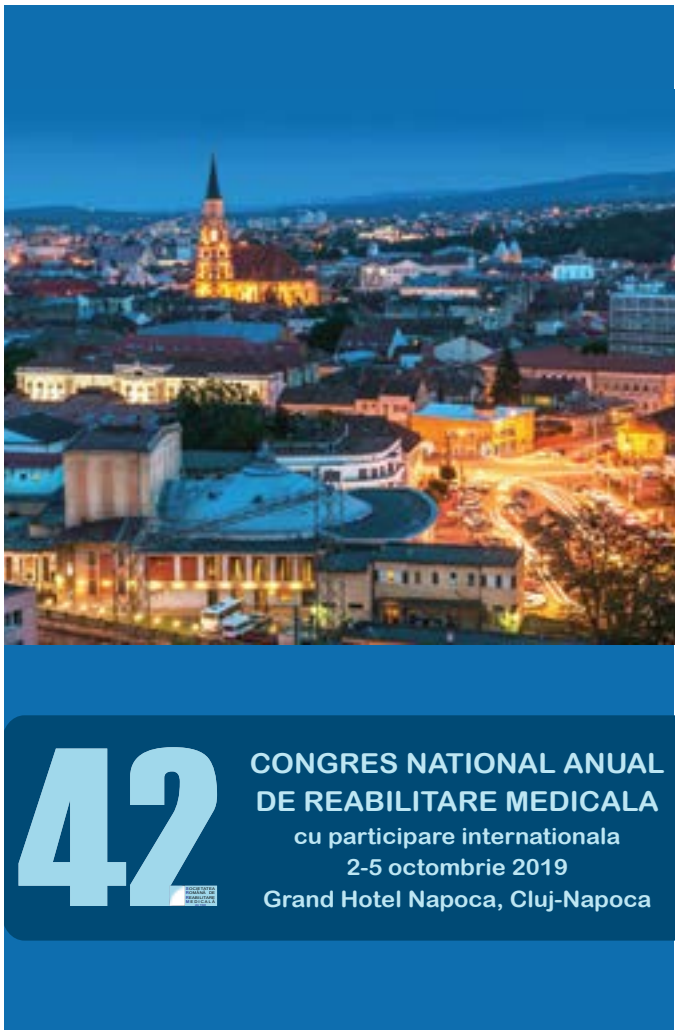
Gulerele cervicale pot fi utile pentru menținerea unei posturi care minimizează durerea dar nu se vor folosi mai mult de 72 de ore pentru că favorizează redoarea și scăderea forței musculare a stabilizatorilor.

Tratament chirurgical

La pacienții cu simptome severe și progresive la care terapia conservatoare nu dă rezultate, ca și la cei cu hernii de disc cervicale cu deficit motor, se indică intervenția chirurgicală. De obicei se practică discectomie sau corpectomie cu fuziune intervertebrală. În cazul existenței unor modificări degenerative spondilogene sau a osificării ligamentului longitudinal posterior, se recurge și la îndepărtarea osteofitelor sau porțiunii calcificate a ligamentului. Laminectomia cu laminoplastie fără fuziune permite o conservare mai bună a mobilității dar cu afectarea stabilității.

Bibliografie

1. Braddom RL. Medicina Fizica si de Reabilitare, Editia a IV-a, Bucuresti 2015.
2. Enix DE, Scali F Pontell ME. The cervical myodural bridge, a review of literature and clinical implications. J Can Chiropr Assoc. 2014 Jun;58(2):184-92.
3. Bogduk N. Cervicogenic headache: anatomic basis and pathophysiologic mechanisms. Curr Pain Headache Rep. 2001 Aug;5(4):382-6.



Boala Parkinson

Prevalența și factori de risc, manifestări clinice și criterii diagnostice, evoluție și scale de măsură și evaluare, strategii terapeutice și obiectivele urmărite

Șef Lucrări, Dr.
Georgiana Ozana Tache

Șef lucrari UMF Carol Davila
Bucuresti, Vicepresedinte SRRM

Boala Parkinson (BP) reprezintă afectarea sistemului nervos central prin proces de neurodegenerare, cu evoluție cronic progresivă, manifestându-se prin aspecte motorii ce se traduc prin alterarea coordonării și controlului mișcărilor, cât și prin aspecte non motorii, conducând la disfuncționalitate marcată, cu instalarea unui grad accentuat de dependență a pacientului, ajungând la imobilizarea lui în pat [1]. BP se asociază procesului de îmbătrânire, drept pentru care debutul insidios, lent și uneori atipic, poate fi mascat de manifestările asociate înaintării în vârsta. Exprimarea clinică se constată la vârsta cuprinsă între 40-70 de ani dar debutul bolii se poate să se fi petrecut chiar și în urmă cu peste 10-20 de ani.

Prevalenta și factori de risc.

Prevalența bolii este în creștere, pe măsură ce înaintăm în vârstă, astfel încât BP afectează 1% din populația cu vârsta de peste 60 de ani [2]. BP nu prezintă o cauzalitate clară, deși la bază se află degenerarea celulei nervoase dopaminergice din substanța neagră a mezencefalului, cu scăderea subsecventă a nivelurilor de dopamină la nivelul nucleilor bazali; dopamina fiind un neurotransmițător al cărui principal rol este acela de a transmite mesaje acelor părți din creier responsabile cu controlul mișcărilor și coordonarea acestora [2].

Există mai multe contexte care se pot constitui factori de risc pentru apariția modificărilor din BP. Printre acestea, ar putea fi prezența corpilor Lewy la nivelul nucleilor bazali sau existența altor afecțiuni (encefalită, tumori craniene, TCC) în antecedente. Identificarea unor factori genetici reprezintă alt risc, având în vedere că BP se instalează în context familial, deși acesta nu poate fi incriminat întotdeauna, iar cauzele genetice cunoscute explică sub 5% din cazurile diagnosticate cu BP. Se realizează eforturi pe direcția descoperirii unor factori genetici specifici bolii, însă cercetările actuale au dovedit existența mai multor factori responsabili, nu doar a unuia singur; mai mult, se suspectează intervenția coroborată a factorilor de mediu ambient. alături de cei genetici, în apariția BP [2].

Alți factori de risc incriminați ar putea fi: expunerea prelungită la substanțe poluante chimice, solvenți, metale sau pesticide, consumul anumitor droguri sau medicamente neuroleptice precum fenotiazina, care blochează receptorii de dopamină, intoxicația cu monoxid de carbon [2].

Manifestări clinice și criterii diagnostice

Manifestările clinice ale BP sunt, atât de natură motorie cât și non motorie. Simptomele motorii se caracterizează prin: tremor non intențional, rigiditate, bradikinezie sau lentoarea mișcărilor, instabilitate posturală cu tendință la dezechilibrare (risc de cădere) și dificultate la mers; asociază fenomen de blocaj al mișcării (freezing) la debutul sau pe durata mersului sau când pacientul întâlnește un obstacol ori schimbă direcția de mers; toate aceste simptome fiind însa dificil de măsurat [2].

Simptomatologia non motorie se caracterizează prin: tulburări senzoriale (disfuncția olfactivă tradusă prin hipo sau anosmie - pierderea mirosului, alături de parestezii, durere), modificări ale sistemului nervos vegetativ sau disfuncție a sistemului nervos autonom (disfagie, modificări ale tranzitului intestinal de tipul constipației sau probleme urinare) și simptome cognitiv comportamentale (demență, tulburări de gândire), precum și modificări ale stării emoționale cu depresie sau anxietate, apatie sau abulie. Se asociază tulburări de somn prin modificarea fazei REM-rapid eye movement (mișcări rapide ale globilor oculari), somnolență diurnă, stare de oboseală, narcolepsie, episoade de apnee în somn, coșmaruri și trăiri intense ale visurilor, cu mișcări necontrolate (asociază sindromul picioarelor neliniștite), probleme cutanate, scădere în greutate [1, 2].

În vederea stabilirii diagnosticului de boală, devine importantă excluderea altor afecțiuni cu simptome de boală asemănătoare, precum parkinsonismul datorat: terapiei medicamentoase, TCC, encefalitei, accidentului vascular cerebral, demenței sau boala difuză cu corpi Lewy, paraliziei supranucleare progresivă [1, 2]. Diagnosticul se stabilește pornind de la istoricul bolii, antecedente și factori de risc, la care se adaugă evaluarea manifestărilor clinice motorii și non motorii; poate fi confirmat prin examinare imagistică.

În practica clinică de specialitate, se recurge la utilizarea unor criterii de diagnostic, menite să ajute la evaluarea clinică și funcțională dar și la stabilirea stadiului de boală.

În vederea stabilirii unui diagnostic cât mai precis, The United Kingdom Parkinson's Disease Society Brain Bank (UKPDSBB), propune criterii diagnostice formale pentru BP, constând din parcurgerea unui proces etapizat [1]. Se arată că trebuie identificat sindromul Parkinsonian iar acesta include bradikinezia, căreia i se poate alătura rigiditatea musculară sau tremorul de repaus (cu frecvența de 4-6 Hz), ori instabilitatea posturală [1]. În vederea stabilirii cu certitudine a diagnosticului de BP se identifică și se înlătură cauzele secundare ce pot conduce la instalarea sindromului Parkinsonian, precum: accidente vasculare cerebrale repetate ori traumatisme craniene, urmate de instalarea și progresia subsecventă a aspectelor parkinsoniene, de asemenea, encefalita diagnosticată în antecedente, tratament neuroleptic recomandat la in-

stalarea simptomelor, istoric familial, aspecte clinice prezente unilateral după trei ani, debut precoce prin implicarea severă a sistemului autonom sau demență, semnul Babinski greu de explicat, răspuns negativ la levodopa, expunerea la agenți toxici etc [1]. Alături de aceste elemente, se menționează că este necesară și prezența unui minim de trei aspecte de susținere privind diagnosticul de BP, dintre următoarele: debutul unilateral, tremorul de repaus, progresia bolii, asimetria persistentă, răspunsul favorabil la levodopa, coreea severa indusă de levodopa, răspunsul la terapia levodopa pe durată de cinci ani sau mai mult și parcursul clinic apreciat pentru o perioadă de cel puțin zece ani [1].

Acestor criterii li se vor adăuga Criteriile Diagnostice Gelb, bazate pe diferite niveluri de încredere sau siguranță ale stabilirii diagnosticului clinic [1]. În această viziune, sunt sugerate trei categorii de diagnostic ale BP: probabilă sau posibilă, ambele bazându-se pe criteriul temporal al instalării simptomelor și a treia categorie, de certitudine, pe baza confirmării histopatologice a BP, obținută la autopsie [1].

Atât criteriile UKPDSBB, cât și Criteriile Diagnostice Gelb prezintă câteva limitări semnificative, concentrându-se doar pe aspectele motorii ale BP, deși este larg acceptată ideea că BP se asociază cu numeroase aspecte non motorii, mai mult sau mai puțin responsive față de tratamentul cu levodopa, incluzând: tulburările de somn, modificările stării emoționale, deficientele sistemului nervos autonom, problemele senzoriale și tulburările cognitive [1].

International Parkinson and Movement Disorder Society (MDS), propune noi criterii de diagnostic clinic pentru BP care, deși se adresează studiilor sau cercetărilor, pot fi adoptate și în calitate de ghid general pentru stabilirea diagnosticului clinic de rutină [1]. Criteriile MDS confirmă că semnele sindromului motor se consideră a fi aspectele centrale ale bolii (criteriul esențial fiind prezența Parkinsonismului, definit drept bradikinezie, în combinație cu cel puțin unul dintre: tremor de repaus și rigiditate); totuși, multe manifestări non motorii, care adesea domină tabloul clinic al bolii, necesită și acestea includerea în criteriile diagnostice actuale [1]. Bazat pe presupunerea că procesul patologic din BP ar putea începe la nivelul structurilor non-dopaminergice ale creierului sau ale sistemului nervos periferic, a fost configurată o nouă categorie diagnostică, numită BP prodromală; BP prodromală reprezentând adevăratul stadiu inițial al BP [1]. În concluzie, criteriile MDS, confirmă criteriile prezentate, dar introduc aspecte importante noi, precum folosirea simptomelor non motorii drept posibile aspecte diagnostice, cât și adoptarea conceptului de BP prodromală, aspect fundamental pentru studiile de cercetare [1].

Evoluție și scale de măsură și evaluare

Evoluția bolii este cronică, progresivă, conducând în timp, la instalarea dizabilităților cu un impact puternic asupra vieții pacientului dar și asupra familiei și anturajului acestuia. Prin progresie, BP conduce la scăderea capacității și abilităților de a performa activitățile zilnice (Activities of Daily Living-ADL), la pierderea independenței și la scăderea calității vieții (quality of life-QoL), alături de limitarea capacității sale ocupaționale și de restricții socio-economice [1, 4].

Evoluția bolii poate fi apreciată utilizând scale de măsură și evaluare. Evaluarea poate fi efectuată de pacientul însuși sau de persoanele care oferă îngrijiri medicale. Aspectului clinic urmărit i se atribuie o valoare, raportat la setările scalei respective (de la zero la valoarea considerată maximă) [2]. Scalele reprezintă instrumente de măsură care oferă date cu referire la potențialul evolutiv al bolii, stadiul evolutiv, gradul de dizabilitate, dependența de anturaj și permit aprecierea calității vieții persoanei (definită de relația care se stabilește între simptomele motorii și cele non motorii ale BP). Este facilitată totodată și evaluarea eficienței tratamentului aplicat și a strategiilor terapeutice adoptate [2].

Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS) reprezintă o astfel de scală de măsură și evaluare și oferă o imagine asupra stadiului evolutiv. Introdusă în practica clinică în anul 1987, a fost adaptată ulterior de către specialiștii de la Movement Disorder Society (MDS), în vederea includerii unor noi modalități de evaluare a simptomelor non motorii, asigurându-se în final, monitorizarea complexă a evoluției BP și a gradului de dizabilitate [2]. Prin intermediul primelor trei secțiuni, scala evaluează elemente cheie cu privire la dizabilitate, alături de a patra secțiune care evaluează complicații ale tratamentului [2].

Prima secțiune a UPDRS evaluează aspectele non motorii: activitatea cognitivă, comportamentul și starea emoțională (deficit intelectual, disfuncționalitate a gândirii, motivație sau inițiativă, depresie), modificările somnului, stare de oboseală, simptome ale sistemului nervos vegetativ (probleme intestinale și vezicale), tulburari senzoriale (parestezii, durere). Secțiunea a doua realizează o autoevaluare privind activitățile zilnice-ADL (exprimarea verbală sau discurs, conversație, salivația, deglutiția, scrisul de mână, tăierea produselor alimentare, îmbrăcatul, igiena personală, întoarcerea sau schimbarea poziției în pat, episoade de cădere, blocajul mișcării sau freezing, mersul, tremor, tulburări senzoriale). Secțiunea a treia evaluează funcția motorie (vorbirea, expresia facială, tremorul de repaus și intențional sau de acțiune, rigiditatea, tactul realizat sau bătut cu degetele, inclusiv cu halucele, mișcările mâinii, inclusiv de prono-supinație, abilitatea piciorului, rapiditatea și ușurința efectuării mișcărilor, ridicarea de pe scaun, postura, mersul, stabilitatea posturală, bradikinezia). Secțiunea a patra evaluează complicațiile terapiei administrate (diskinezia, trezirea matinală, anorexia incluzând greață și/sau vomă, tulburările somnului).

Valorile astfel obținute (utilizand UPDRS), se asociază celor provenite de la alte două scale de măsură și evaluare a simptomelor din BP: scala Hoehn și Yahr și scala Schwab și England Activities of Daily Living (ADL) [2].

Secțiunile Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS) evaluează fiecare în parte, mai multe semne, simptome sau acțiuni care primesc, fiecare, câte un scor individual, folosind 0 pentru normal sau fără probleme, 1 pentru probleme minimale, 2 pentru probleme ușoare, 3 pentru probleme moderate și 4 pentru probleme severe. Pe baza testului (răspunsurilor pacientului), a datelor de observație și a examinării clinice din partea investigatorului, se oferă puncte iar scorul final va fi reprezentat de suma tuturor punctelor acordate fiecărui semn, simptom sau acțiune investigate, iar acesta se va situa între valoarea 0 (fără dizabilitate) și valoarea 199 (dizabilitate totală) [2].

Scala Hoehn și Yahr este utilizată pentru a descrie progresia simptomelor și nivelul dizabilității din BP; scala a fost modificată iar celor 5 stadii inițiale, li s-au adăugat stadiile 1,5 și 2,5 pentru a putea fi luat în calcul și cursul intermediar al evoluției BP [2].

Scala Hoehn și Yahr, cuprinde: stadiul 0 – pacientul nu prezintă semnele BP; stadiul 1 – simptomele bolii sunt foarte ușoare și sunt prezente unilateral; stadiul 1,5 – afectarea este unilaterală dar interesează și nivelul gâtului și trunchiului; stadiul 2 – simptomele sunt prezente bilateral, fără perturbarea echilibrului; stadiul 2,5 – simptomele se manifestă bilateral, sunt moderate iar pacientul își menține echilibrul și revine atunci când examinatorul, care stă în spatele pacientului, îl trage spre spate „pull test"; stadiul 3 – pacientul este independent fizic, prezintă însă instabilitate posturală sau are echilibrul deficitar și se consideră că prezintă dizabilitate ușoară spre moderată; stadiul 4 – dizabilitate severă dar pacientul este încă capabil să meargă sau să mențină poziția ortostatică (să stea în picioare) fără ajutor sau sprijin; stadiul 5 – pacientul necesită scaun cu rotile sau este țintuit la pat dacă nu primește ajutor [2].

Scala Schwab și England ADL permite măsurarea abilității unei persoane de a performa activitățile zilnice, prin prisma vitezei de execuție și a independenței în efectuarea sarcinilor iar evaluarea se realizează procentual [2]. Aprecierea poate fi efectuată de către pacientul însuși sau de către examinator; valorile procentuale crescute exprimă grad înalt de independență, în timp ce valorile scăzute exprimă grade diferite de dependență ale pacientului față de o altă persoană [2].

Rezultatele obținute cu ajutorul Scalei Schwab și England ADL au următoarea interpretare: procentul de 100% reprezintă independența completă iar pacientul este capabil să efectueze toate activitățile fără lentoare, dificultate sau incapacitate de execuție (la viteză și parametrii de execuție așteptați); 90% reprezintă independență completă dar pacientul este capabil să efectueze toate activitățile cu un grad de încetineală, dificultate sau incapacitate (activitățile vor dura dublu ca timp alocat execuției lor, spre a putea fi duse la bun sfârșit); 80% pacientul este independent în realizarea majorității activităților dar durează dublu spre a fi duse la bun sfârșit, pacientul fiind conștient de dificultate și timpul alocat; 70% pacientul nu este complet independent, activitățile se execută cu dificultate, durează de trei sau patru ori mai mult iar activitățile zilnice principale, de rutină, solicită o parte mai lungă din zi; 60% pacientul este dependent într-o anumită măsură, poate executa majoritatea activităților dar foarte încet, lent, cu mult efort iar anumite activități principale din rutina zilnică sunt imposibil de efectuat; 50% pacientul devine mai dependent, necesită ajutor pentru jumătate din activitățile de bază de rutină, prezintă dificultate în toate activitățile ce trebuie executate; 40% pacientul este foarte dependent, poate asista la execuția activităților zilnice, de rutină, principale sau de bază dar reușeste să se descurce singur doar cu cateva; 30% dependență este aproape totală, necesită mult ajutor, pacientul efectuează cu efort câteva dintre activitățile zilnice sau doar le începe singur dar nu le duce la bun sfârsit; 20% pacientul nu poate efectua nimic de unul singur dar poate oferi ceva ajutor dacă altcineva efectuează activitățile rutinei zilnice, prezintă invaliditate severă; 10% pacientul este neajutorat, devenind dependent total; 0% pacientul prezintă doar funcții vegetative, precum înghițitul [2].

Există și alte scale sau chestionare care permit evaluarea stării de sănătate (evaluarea include simptome motorii și non motorii) și posibilitatea desfășurării ADL-urilor, precum chestionarul Parkinson's Disease Questionnaire-39. În această situație, alături de evaluarea efectuată de examinator, pacientul cu BP își poate administra un chestionar ce conține 39 de întrebări, așa numitul PD Q-39, întrebările fiind în legătură cu opt zone cheie de interes, cu privire la starea de sănătate și posibilitatea pacientului de a efectua activitățile zilnice, incluzând, atât simptomele motorii, cât și pe cele non motorii [2]. Scorul va fi apreciat prin valori cuprinse între 0-100, valorile scăzute indicând stare de sănătate bună iar scorurile înalte corespunzând simptomelor severe.

Un alt chestionar este și Parkinson's Disease Non Motor Symptoms Questionnaire ce are în vedere și aprecierea simptomelor non motorii (precum somn, constipație, acuitate vizuală, tulburări olfactive, probleme sexuale și cele legate de memorie) pe care pacientul le poate considera stânjenitoare și are tendința să le evite. Prin urmare, a fost conceput Chestionarul Parkinson's Disease Non Motor Symptoms Questionnaire sau PD NMS Questionnaire care măsoară prin intermediul unui set de 30 de întrebări, dificultățile produse de simptomele non motorii asupra calității vieții pacientului cu BP [2].

Supravegherea sau urmărirea în timp a evoluției simptomelor non motorii la pacienții diagnosticați cu BP se poate efectua cu ajutorul unui test numit, NMS Survey. Acesta este structurat pe nouă domenii diferite ale simptomelor non motorii ale pacientilor cu BP, având 30 de întrebări. Răspunsurile îi ajută pe medici să cuantifice simptomele, raportat la: severitate (utilizând scala 0-3) și frecvență (utilizând scala 0-4) [2].

Pentru o evaluare complexă și completă, multidimensională a BP, specialiștii europeni au dezvoltat o scală complexă, multiparametrică, numită The Parkinson's Disease Composite Scale sau PDCS în vederea măsurării severității simptomelor motorii și non motorii la persoanele cu BP [2].

În literatura de specialitate sunt descrise și alte scale, cât și alte chestionare ce pot fi administrate persoanelor cu BP, în scopul de a obține o imagine cât mai exactă a stadiului inițial și a aprecierii evoluției ulterioare a bolii, în vederea înțelegerii eficienței modalităților terapeutice propuse. Fiecare dintre aceste scale urmărește să ofere o imagine cât mai complexă și corectă asupra simptomelor și evoluției acestora, nu doar în timp, pe măsură ce persoana cu BP înaintează în vârstă dar și pentru evaluarea eficacității tratamentelor și strategiilor terapeutice aplicate.

Strategii terapeutice și obiective urmarite.

Terapiile actuale ale BP nu reușesc să stopeze procesul neurodegenerativ sau să încetinească evoluția bolii, reușesc însă să amelioreze simptomatologia.

Pe primul plan se regăsește tratamentul medicamentos, care urmărește creșterea cantității de dopamină (prin administrarea de L-dopa), cu scăderea nivelelor de acetilcolină. Această abordare terapeutică ameliorează simptomele dar nu oprește progresia bolii. Administrarea de Selegiline inhibă enzima

ARJOHUNTLEIGH
GETINGE GROUP

MTI®
Dedicated to health.

MAXI TWIN
Elevator unic cu dublă coloană

Maxi Twin™ elevator mobil, cunoscut pentru **designul său unic**, deschis, cu dublă coloană. **Soluție inovatoare** ce deschide noi posibilități pentru îndeplinirea dublului obiectiv în gestionarea pacienților: rutine de lucru sigure și ergonomice pentru personalul de îngrijire și asistenții medicali și transferuri confortabile și sigure pentru rezidenți și pacienți.

Cea mai bună stabilitate și distribuție a greutății – toate tipurile de pacienți și rezidenți se simt în siguranță cu Maxi Twin (sarcină sigură de lucru pâna la 182 kg).

Designul inovator, deschis al Maxi Twin permite rutinelor de transfer ale rezidenților să se realizeze fără probleme și în siguranță **de către un singur asistent de îngrijire**, folosind metode ergonomice, solide de lucru. Asistentului de îngrijire îi va fi ușor să ridice un rezident de pe orice suprafață (pat, scaun sau podea).

Distribuit în România exclusiv de către Medical Technologies International
office@mt-intl.ro | +40 21.330.11.30 | www.mt-intl.ro

monoaminoxidază-IMAO (enzima care are rol de a degrada dopamine) și are avantajul că încetinește progresia bolii, putându-se asocia administrării levodopaminei. Anticolinergice blochează efectele acetilcolinei la nivelul sinapselor dintre neuronii nucleilor bazali, refacând echilibrul dintre acetilcolină și dopamină, reducând eficient simptomatologia.

Metodele chirurgicale recomandate vizează stimularea cerebrală profundă, prin implantarea unor electrozi în nucleul subtalamic sau se practică pallidotomia (distrugerea unei părți din globus pallidus responsabil de tremor și rigiditatea musculară din BP)

Terapia prin mișcare constă în: programe de kinetoterapie, exerciții fizice, activități ocupaționale, recreaționale, sportive și de socializare. Reușește să obțină ameliorarea performanțelor motorii, diminuarea impactului bolii asupra ADL și creșterea calității vieții pacientului cu BP. Pacienții ar putea beneficia, în majoritatea cazurilor, de diferite strategii terapeutice bazate pe exercițiu fizic și mișcare, prescrise în baza unui proces de evaluare clinică și a capacității funcționale, a stării de sănătate mentală și a nivelului funcției cardio-respiratorii [3].

În contextul în care BP reprezintă un proces neurodegenerativ, studiile clinice aduc dovezi care indică implicarea substanțelor neurotrofice și a factorilor de creștere nervoasă în calitate de mediatori ai efectelor benefice manifestate prin practicarea exercițiului fizic. Sinteza și manifestarea/expresia neurotransmițătorilor monoaminergici, determinate de către exercițiu fizic, pot explica influența semnificativă a exercițiului asupra dezechilibrului comportamental și neuromotor. Studiile efectuate pe modelul animal (șobolani) dar și uman, arată că exercițiul fizic crește nivelul de dopamină eliberată la nivel central, mai mult, învățarea unor mișcări noi poate contribui la menținerea sau creșterea nivelului dopaminei pornind de la simpla contracție musculară [3, 4].

Studiile mai arată și faptul că exercițiul fizic contribuie pozitiv față de manifestările non motorii (comportament, emoții, gândire) în relație cu BP [5]. Expresia substanțelor neurotrofice, în special, BDNF (Brain-Derived Neurotrophic Factor) și a factorului de creștere ce promovează proliferarea, supraviețuirea și maturizarea noilor neuroni (growth factor promoting proliferation, survival, and maturation of new neurons) pare să fie determinată de una sau mai multe ședințe de exerciții fizice. Astfel de substanță se află în relație cu creșterea volumelor și arborizațiilor dendritice la nivelul ariilor corticale, cu biogeneză mitocondrială prin stimularea exprimării factorului de transcriere PGC-1α (peroxisome proliferator-activated receptor gamma coactivator 1 alpha), precum și cu rolul esențial în calitate de coreglator al sistemului serotoninergic [3, 4].

Toate aspectele prezentate dar și prezența altor factori neurotrofici, dovedesc o largă plasticitate și capacitate substanțială de revenire a sistemului nervos față de aspectele negative ale bolii, putând fi influențate favorabil, printr-o „doză adecvată" de exerciții fizice [3, 4].

Se recomandă practicarea unor activități sau exerciții fizice ca, de exemplu: plimbarea, alergarea, antrenamentul de forță, platforme vibratorii și exerciții funcționale, aflate în legătură cu scăderea riscului de cădere, diminuarea simptomelor motorii, îmbunătățirea performanței motorii, a mersului și a echilibrului, cu repercursiuni pozitive asupra calității vieții și a funcțiilor de execuție [4, 6, 7]. Se mai recomandă: exercițiile aerobice, antrenamentul la banda de mers, dansul, exerciții tradiționale chinezesti yoga, exerciții resistive [6, 7].

Terapia fizicală joacă rol cheie în activitatea de asistare a persoanelor cu BP și face parte din strategia terapeutică complexă. Vizează nu doar îmbunătățirea mișcării, ci și siguranța pacientului, contracarând tendința evolutivă către dizabilitate și restricții de participare [8]. Stabilirea strategiei terapeutice de urmat trebuie să aibă în vedere istoricul bolii și antecedentele patologice ale persoanei diagnosticată cu BP, alături de examinarea clinic-funcțională. Obiectivele programului de reabilitare medicală trebuie să fie realiste, adaptate și subordonate așteptărilor și restantului funcțional.

Principalele obiective urmărite prin terapia persoanei cu BP, sunt: corectare și stabilizare posturală cu îmbunătățirea echilibrului și prevenirea căderii, îmbunătățirea coordonării mișcărilor și a mersului, menținerea mobilității articulare și a funcției mâinii (motricitate fină, prehensiune), întreținerea mimicii faciale, condiționare fizică la efort (funcție cardiacă și respiratorie, valorile tensiunii arteriale).

În vederea atingerii obiectivelor terapeutice se urmărește ameliorarea următoarelor aspecte clinico-funcționale [8]:

a. Rezistența fizică la efort. Pacienții cu BP sunt mai puțin activi, ceea ce conduce la scăderea forței musculare (resimțită drept stare de slăbiciune) și a rezistenței fizice la efort și cu creșterea riscului de cădere și reducerea vitezei de deplasare.
b. Transferurile sau schimbarea pozițiilor. Ridicarea în picioare (ortostatism) din poziția în așezat sau din pat în ortostatism ori realizarea unor activități ce presupun întoarcerea corpului prin schimbarea direcției de mers, rotire trunchi și cap, încercând să privească peste umăr, schimbarea axelor de mișcare devin dificile.
c. Activitățile manuale. Pacienții cu BP prezintă dificultăți în contextul efectuării mișcărilor care presupun secvențialitate, dexteritate și coordonare.
d. Calitatea mișcărilor. Declinul motor instalat ca urmare a evoluției pe termen lung a BP, se traduce prin apariția tulburărilor motorii: diskinezia (mișcări aleatorii, rapide, efectuate fără un scop), blocajul mișcării sau freezing (persoana nu se mai poate mișca, adică nu poate începe o mișcare sau nu poate vorbi ori se oprește brusc din desfășurarea unei mișcări, mers), accelerarea bruscă a mersului (festination), distonia (contracții musculare prelungite, uneori dureroase care conduc la adoptarea anumitor posturi), căderea din contextul mișcărilor complexe, precum întoarcerea trunchiului sau lipsa de apreciere a distanțelor, bradikinezia sau durata de timp crescută la efectuarea mișcării (viteză scăzută de execuție sau lentoarea mișcărilor) cu afectarea forței musculare.
e. Postura. Diferitele modificări ale posturii la persoanele cu BP, contribuie la schimbarea calității vieții și predispune la producerea fracturilor vertebrale, precum: înclinarea sau flexia involuntară anterioară a corpului, depășind de cele mai multe ori 45 de grade, ce se instalează în ortostatism și dispare în clinostatism (camptocormia), antecollis sau flexia anterioară a gâtului și capului, sindromul Pisa prin înclinarea sau

PHARMA TELNET

Pasiune pentru Calitate
Dragoste pentru Oameni

www.pharmatelnet.ro

LoFric®

CATETERE URINARE HIDROFILE
PENTRU SONDAJ VEZICAL INTERMITENT

→ Studii clinice extensive (peste 30 de ani)

→ Sistem steril închis gata de utilizare

→ Siguranță și confort în utilizare

→ Fără PVC, fără ftalați

→ DECONTATE prin sistemul asigurărilor de sănătate pe teritoriul României

PHARMA TELNET

Distribuitor unic în România

Telefon: 021 250 06 20; 031 620 85 90; 021 224 65 85; 0727 835 638
Fax: 021 224 65 85; Email: office@pharmatelnet.ro
Web: www.pharmatelnet.ro

flexia laterală a trunchiului, nu nepărat pe partea dominantă a persoanei cu BP.

f. Echilibru. 30-70% dintre persoanele cu BP prezintă echilibru precar însoțit de căderi, fiind o problemă ce apare după cinci ani de evoluție de la stabilirea diagnosticului și se datorează înrăutățirii controlului echilibrului, progresiei lentorii mișcărilor, rigidității trunchiului și scăderii propriocepției.

Există câțiva factori de risc dar și predictori ai căderilor din cadrul BP, după cum urmează: vârsta, durata de timp scursă de la instalarea BP, modificări musculoscheletale asociate, scăderea forței musculare a membrului inferior, modificări ale propriocepției și vitezei de mers, variabilitatea crescută a mersului, blocarea neașteptată a mersului [8].

Evaluarea atentă a fiecărui posibil factor care ar putea contribui la probabilitatea de a cădea, devine esențială. Trebuie considerați atent și alți factori, precum: gradul de gândire și posibilitatea de selecție a strategiei, judecata greșită a calității vieții și neatenția, teama de a cădea, alți factori personali și de mediu. Programul de recuperare medicală trebuie să țină cont prin urmare, de reducerea riscului căderii, alături de obiectivele urmărite [8].

Căderea reprezintă un aspect important, deoarece există riscul unei fracturi subsecvente (șold și pumn), fapt ce accentuează atenția și teama de a cădea, constituind un factor stresant, atât pentru terapeut, cât și pentru pacient [8].

g. Mersul. Persoanele cu BP necesită atenție sporită la mers și evaluarea în mod constant a problemelor continue prezente sau episodice, care pot apărea.

Deteriorarea capacității de apreciere a raportului distanța-viteză de deplasare și a amplitudinii pasului sau creșterea bruscă a duratei și reducerea bruscă a amplitudinii vor conduce la încetinirea mersului.

Fenomenul de blocaj sau înghețare a mersului (freezing of gait sau FOG) reprezintă cea mai comună problemă a persoanei cu BP. Se definește drept absență episodică sau o reducere marcată a deplasării înainte a piciorului, în ciuda intenției de a merge; ceea ce constituie risc de cădere [8]. FOG se declanșează prin încărcătura cognitivă intensă, precum cea întâlnită în situațiile stresante (efort marcat de concentrare și gândire, solicitări prea mari la care este supus pacientul, presiunea performanței așteptată) sau atunci când pacienții cu BP sunt solicitați să efectueze mai multe sarcini simultan (multi-tasking situations) [8].

La polul opus, se află tendința pacientului cu BP și FOG să înainteze cu viteza pașilor accelerată progresiv dar pașii sunt mici.

Evaluarea celor două aspecte: de blocaj sau înghețare a mersului (FOG) sau de înaintare accelerată (festination) se bazează pe relatările subiective ale pacientului și terapeutului; de aceea devine foarte important ca aceste simptome să fie clarificate, să fie bine cunoscute, înțelese, eventual vizualizate de către pacient (proiecții video), pentru o bună descriere a propriilor simptome [8].

Pacientul este întrebat și despre efectul medicației (levodopa) primită dar mai trebuie cunoscut și istoricul căderilor și a temerilor acestuia, raportat la posibilitatea de a cădea [27]. The Unified Parkinson's Disease Rating Scale și Movement Disorder Society-UPDRS includ întrebări referitoare la FOG, iar răspunsul ar trebui să ofere imaginea măsurii în care FOG afectează activitățile zilnice (Activities of Daily Livind sau ADL) ale pacientului cu BP [8]. În acest context, pacientul poate fi rugat să își noteze în agendă și să descrie modul de manifestare al propriului FOG, cu referire la frecvența episoadelor, momentul din zi în care apare, circumstanțele declanșatoare și căderile sau tendințele de cădere, asociate; se are astfel în vedere personalizarea măsurilor incluse în programul de reabilitare medicală al respectivului pacient cu BP [8].

h. Probleme respiratorii. Pacienții cu BP prezintă probleme respiratorii apărute la efort (dispnee de efort) și se află în legatură cu disfuncția ventilatorie.

i. Durere. Considerat fenomen multidimensional, prezent la pacienții cu BP în proporție de 30-50%, durerea poate avea localizare, în principal musculoscheletală (gât, braț, paravertebral și gambier), resimțită sub formă de sindromul picioarelor nelinistite, durere distonică, discomfort etc [8]. Durerea astfel localizată, conduce destul de probabil la rigiditate.

Evoluția cronică și progresivă a BP necesită evaluare efectuată în mod constant. În stadiile timpurii, la debut, predomină sfatul medical educativ, referitor la menținerea unui stil de viață activ, cu o greutate corporală menținută cât mai aproape de valorile ideale, încercând să se scadă impactul BP asupra vieții persoanei respective [8].

Pe măsură ce apar problemele de mișcare, evaluarea se concentrează pe strategiile cu impact asupra funcției cognitive, asupra activității fizice, promovând mobilitatea și optimizarea mișcărilor efectuate. în fazele târzii sau avansate de boală, multe dintre simptome avansează și în final, manifestă impact accentuat asupra vieții și activităților zilnice.

Prin urmare, activitatea fizicală și de reabilitare medicală se focusează asupra acțiunilor de realizare a unei rețele de susținere și suport al pacientului, în ceea ce privește menținerea activă și în deplină siguranță a persoanei cu BP, atunci când se deplasează sau efectuează diferite acțiuni sau mișcări [8].

Bibliografie

10. Luca Marsili, Giovanni Rizzo, Carlo Colosimo. Diagnostic Criteria for Parkinson's Disease: From James Parkinson to the Concept of Prodromal Disease. Front. Neurol., 23 March 2018 | https://doi.org/10.3389/fneur.2018.00156
11. https://www.epda.eu.com/about-parkinsons/symptoms/rating-scales/
12. The Effect of Physical Activity în Parkinson's Disease: A Mini-Review. Monitoring Editor: Alexander Muacevic and John R Adler. Autors: Muniba Fayyaz, Syeda S Jaffery, Fatima Anwer, Ahsan Zil-E-Ali, and Ibrar Anjum. Cureus. 2018 Jul; 10(7): e2995. Published online 2018 Jul 18. doi: 10.7759/cureus.2995. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6143369/
13. Physical Exercise For Parkinson's Disease: Clinical And Experimental Evidence, Alessandro Oliveira de Carvalho, Alberto Souza Sá Filho,, Eric Murillo-Rodriguez, Nuno Barbosa Rocha, Mauro Giovanni Carta, and Sergio Machado. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2018; 14: 89–98. Published online 2018 Mar 30. doi: 10.2174/1745017901814010089. PMCID: PMC5897963. PMID: 29785199 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5897963/#sec1title
14. The effects of exercise on cognition în Parkinson's disease: a systematic review. Murray DK, Sacheli MA, Eng JJ, Stoessl AJ. Transl Neurodegener. 2014 Dec;3:5. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
15. Ashburn A., Fazakarley L., Ballinger C., Pickering R., McLellan L.D., Fitton C. A randomised controlled trial of a home based exercise programme to reduce the risk of falling among people with Parkinson's disease. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 2007;78(7):678–684. doi: 10.1136/jnnp.2006.099333. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
16. Carvalho A., Barbirato D., Araujo N., Martins J.V., Cavalcanti J.L., Santos T.M., Coutinho E.S., Laks J., Deslandes A.C. Comparison of strength training, aerobic training, and additional physical therapy as supplementary treatments for Parkinson's disease: Pilot study. Clin. Interv. Aging. 2015;10:183–191. doi: 10.2147/CIA.S68779. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
17. https://www.physio-pedia.com/Parkinson%27s_Disease_-_Physiotherapy_Referral_and_Assessment

AspiVita100

Nattokinaza 100 mg (2000UF)

Un nou orizont în abordarea patologiilor cardiovasculare și neurologice

AspiVita100 o formulă inovativă cu eliberare controlată conține Nattokinază, serin-proteaza care a revoluționat lumea medicală prin selectivitatea înaltă pentru acumulările proteice cu potențial patogenic și prin profilul de siguranță.
AspiVita100 raspunde nevoilor profilactice și terapeutice din afecțiunile cronice vasculare cu potențial trombotic ridicat, în hipertensiunea arterială și în bolile neurodegenerative printr-un cumul deosebit de avantaje:

• Este singura enzimă fibrinolitică activă după administrare orală

AspiVita100 conține nattokinază încapsulată într-o formă cu eliberare controlată, care asigură protecția sa împotriva degradării gastrice și eliberarea treptată la nivel intestinal, pentru un efect fibrinolitic prelungit.

• Mecanism fibrinolitic și antiagregant plachetar cunoscut

Nattokinaza are un mecanism fibrinolitic dual: atât direct (asupra fibrinei), cât și indirect (prin activarea plasminei).
Profil de siguranță ridicat: nu afectează coagularea fiziologică și sinteza normală a fibrinei

• Siguranță la grupele de risc

Studiile clinice au demonstrat siguranța administrarii, chiar și în doze de 6.000 UF, împreună cu: aspirină, clopidogrel, warfarină sau heparine injectabile la pacienții cu AVC[1]. De asemenea, administrarea este sigură la pacienții diabetici[2] și dializați[3]

Motivele includerii cu succes a AspiVita100 în planul de prevenție și tratament al pacienților cu risc de tromboze și accidente vasculare:

- **Eficacitate în dizolvarea trombilor:** nivelul produșilor de degradare ai fibrinei (PDF) crește treptat[4] cu până la 21,2% după administrarea orală a 2000 UF (unități fibrinolitice) de nattokinază
- **Protecție împotriva aterosclerozei arterei carotide:** reduce dimensiunile plăcii de aterom cu până la 36,6% la administrare timp de 6 luni[7]
- **Protecția sistemului nervos împotriva degradării funcționale:** poate dizolva componentele plăcii de amiloid, indicator precoce al bolii Alzheimer[6]
- **Acțiune antihipertensivă demonstrată**[5] la pacienții cu pre-HTA și HTA stadiul 1

Formula inovativă cu eliberare controlată AspiVita100 asigură:

- **Profil de siguranță ridicat:** nu afectează coagularea fiziologică și sinteza normală a fibrinei
- **Administrare ușoară și efect prelungit:** capsulele AspiVita100 cu eliberare controlată contribuie la menținerea fluxului sanguin optim pe o perioadă de peste 12 ore

Certified Premium Quality · Swiss formula · GMP · EU Pharma • US-FDA nutra

• Produs fabricat sub licență elvețiană exclusiv în Europa sub condiții farmaceutice GMP

[1]Shah AB., An open clinical pilot study to evaluate the safety and efficacy of natto kinaseas as an add-on; oral fibrinolytic agent to low molecular weight heparin & anti-platelets în acute ischeamic stroke, 2004; [2]Hitosugi M., Effects of bacillus natto products on blood pressure în patients with lifestyle diseases, 2014; [3]Hsia CH., et al, Nattokinase decreases plasma levels of fibrinogen, factor VII and factor VII în human subjects, 2009; [4]Kurosawa Y. et al., A single-dose of oral nattokinase potentiates thrombolysis and anticoagulation profiles, 20155Kim JY et al., Effects of nattokinase on blood pressure: a randomized, controlled trial, 2008; [5]Kim JY et al., Effects of nattokinase on blood pressure: a randomized, controlled trial, 2008; [6]Ruei-Lin Hsu et al., Amyloid-Degrading Ability of Nattokinase from Bacillus subtilis Natto, 2009; [7]Ren NN. et al., A clinical study on the effect of nattokinase on carotid artery atherosclerosis and hyperlipidaemia, 2017

Disreflexia autonomă, manifestare cu risc cardio-vascular major la pacienții cu leziuni medulare

Disreflexia autonomă întâlnită în leziunile medulare este un sindrom potențial amenințător de viață, caracterizat prin răspunsul exagerat al sistemului nervos autonom la stimuli care acționează sub nivelul leziunii și se manifestă prin creșterea bruscă a tensiunii arteriale. Apare în mod caracteristic la pacienții cu leziuni medulare situate deasupra nivelului T6, deși s-au raportat, mai rar, cazuri cu leziuni mai joase, între T6 și T10. Deasupra acestor nivele pornesc fibre nervoase care controlează un număr mare de vase care irigă trenul inferior și organe abdominale cum sunt stomacul și intestinul. Manifestarea este mai frecventă la pacienții cu leziuni complete.

Dr. Daiana Popa

Spitalul Clinic de Recuperare Medicală Băile-Felix
Secretar general al Societăţii Române de Reabilitare Medicală

Între cauzele declanşatoare se menționează orice stimul situat sub nivelul injuriei, cele mai frecvente fiind hiperdistensia vezicii urinare sau a intestinului.

- **Cauzele genito-urinare** includ distensia vezicii urinare sau a uretrei, disineregia sfincter-detrusor, infecțiile tractului urinar, litiaza renală, epididimita, torsiunea de testicul, dilatația vaginală, dismenoree, stimularea peniană.
- **Cauzele gastro – intestinale**: distensia intestinului, abdomenul acut (apendicită, colecistită), boala de reflux gastroesofagian, ulcerul gastric, fisurile anale, hemoroizii.
- **Alte cauze**: unghii încarnate, escare, tromboza venoasă profundă, osificări heterotopice, fracturile, temperaturi extreme.
- **Proceduri**: examen urodinamic, cistoscopie, stimulare vibratorie și stimulare electrică funcțională.

Incidența raportată în literatură variază de la 48% la 90%.

Prevenția constă în educarea pacienților pentru a recunoaște rapid simptomele și pentru a identifica și a înlătura factorii declanşatori. Pe primul loc se situează asigurarea unui management corect al vezicii neurogene pentru prevenția hiperdistensiei.

Mecanismul de producere al DA constă în pierderea controlului supraspinal al sistemului nervos simpatic. În cursul episodului de DA, predomină tonusul simpatic, sub nivelul leziunii, în timp ce deasupra acesteia predomină tonusul parasimpatic. Factorul cauzal generează un puternic input senzitiv de la nervii periferici situați sub nivelul leziunii, în sens ascendent, prin tractul spinotalamic și cordoanele posterioare ale măduvei, generând un răspuns reflex simpatic din neuronii simpatici preganglionari, situați în cordoanele intermediolaterale de sub nivelul injuriei. Răspunsul simpatic determină o vasoconstricție generalizată sub nivelul injuriei cu precădere în rețeaua vasculară a organelor interne, determinând o creștere semnificativă a tensiunii arteriale. De asemenea, pe calea parasimpaticului se poate produce bradicardie, în special dacă leziunea este situată caudal de nivelul T4, dar această bradicardie nu are efect suficient de reducere a presiunii arteriale, neputând contracara vasoconstricția puternică din teritoriul splahnic. Datorită leziunii medulare, impulsurile inhibitorii descendente de la nivelul creierului nu pot acționa pentru a contracara tonusul simpatic. Ca urmare, deasupra nivelului injuriei apare un răspuns parasimpatic autonom care se manifestă prin dilatația vaselor cerebrale, fără reducerea globală a tensiunii arteriale. Se pare că DA se corelează cu o dezvoltare aberantă a fibrelor aferente peptidergice în interiorul măduvei spinării și cu o hiperactivitate a receptorilor adrenergici sub nivelul lezional.

Prima manifestare de DA apare în cele mai multe cazuri tardiv, între 6 luni și un an de la debutul injuriei și poate determina o serie de complicații grave, cum sunt hemoragia cerebrală sau subarahnoidiană, crize convulsivante, infarct miocardic sau edem pulmonar acut. S-au raportat numeroase tulburări de ritm asociate, cum ar fi extrasistole ventriculare sau blocuri atrioventriculare.

DA se poate manifesta prin diferite semne clinice, cum ar fi cefalee pulsatilă, roșeața feței, transpirații profuze deasupra nivelului leziunii, congestie nazală, vedere încețoșată, greață, amețeli, dispnee, presiune toracică și anxietate. La examenul obiectiv se constată efecte ale stimulării simpaticului deasupra nivelului lezional: creșterea tensiunii arteriale cu 20 – 30 mmHg deasupra valorilor normale ale presiunii sistolice ale pacientului, bradicardie, în special când leziunea este situată sub nivelul T4, dar se poate întâlni și tahicardie, midriază (în leziuni deasupra nivelului T1), erecție și emisie de fluid seminal, paloare și piloerecție situate sub nivelul leziunii, accentuarea spasticității. Se remarcă faptul că valorile normale ale presiunii arteriale la pacienții cu leziuni medulare sunt adesea cu 15-20 mmHg mai reduse decât ale populației generale, astfel încât o creștere „ușoară" a valorilor TA poate fi expresia unui episod de DA.

Nu există modificări specifice pentru diagnosticul DA, dar sunt utile evaluări pentru identificarea factorilor cauzali, cum ar fi examenul de urină și hemoleucograma, pentru identificarea infecțiilor urinare. După excluderea cauzelor celor mai frecvente de distensie a vezicii urinare sau a intestinului se recomandă radiografie standard pentru identificarea

fracturilor, ecografie abdominală pentru diagnosticul litiazei renale sau biliare și ecografie Doppler pentru excluderea trombozei venoase profunde.

Managementul episoadelor de Disreflexie Autonomă

DA reprezintă o urgență medicală care necesită intervenție rapidă. Primul gest după recunoașterea simptomatologiei este ridicarea pacientului din poziție culcată în șezând și îndepărtarea hainelor sau dispozitivelor care l-ar putea jena.

Are prioritate identificarea factorilor cauzali, urmată de înlăturarea promptă a acestora (evacuarea vezicii / intestinului). Dacă este posibil, se recomandă instilarea unui gel cu lidocaină în uretră, cu câteva minute înainte de inserarea cateterului. În cazul existenței unui cateter fix, se verifică permeabilitatea acestuia. În cazul în care cateterul este blocat, se recomandă irigarea cateterului cu o cantitate mică de ser fiziologic la temperatura corpului. Dacă procedura nu dă rezultate, se îndepărtează cateterul și se înlocuiește cu instilarea prealabilă a gelului de lidocaină în uretră. Nu se recomandă tapotarea sau compresia manuală a vezicii.

Dacă, după evacuarea urinei, valorile tensiunii arteriale rămân crescute (peste 150 mmHg), se recomandă inițierea terapiei medicamentoase cu agenți antihipertensivi care au efect rapid și acțiunea de scurtă durată. De asemenea, dacă valorile TA se mențin crescute, se verifică prezența altor factori cauzali cum ar fi distensia intestinală datorită acumulării de materii fecale, situație în care se recomandă manevre pentru evacuarea acestuia; instilarea unui gel cu lidocaină în rect cu 5 minute înainte de evacuarea manuală.

După încetarea episodului de DA, se recomandă monitorizarea continuă a tensiunii arteriale și urmărirea valorilor acesteia, după tratarea episodului acut, din 2 în 2 ore.

În cazul în care manevrele descrise mai sus nu dau rezultate, iar tensiunea arterială continuă să se mențină ridicată, se are în vedere internarea de urgență a pacientului într-un serviciu specializat și screeningul pentru alți factori cauzali.

Agenții farmacologici cel mai frecvent utilizați în remisia episoadelor de DA sunt nifedipina și nitrații.

Nifedipina este folosită frecvent pentru a preveni sau controla crizele de DA, dar sunt raportate efecte adverse similare cu cele din populația generală și se utilizează cu atenție la pacienții care nu tolerează episoadele de hipotensiune cu tahicardie reflexă, precum și la vârstnicii cu boală coronariană.

Nitroglicerina și nitrații retard sunt folosiți în mod frecvent, cu toate că nu s-au efectuat studii privind eficacitatea sau siguranța acestor preparate la pacienții cu leziuni medulare.

Alți agenți folosiți au fost Hidralazina, Betablocanții, Fenoxibenzamina, Terazosinul, Prazosinul și Captoprilul. Există rezultate preliminare care sugerează eficacitatea Captoprilului in managementul crizelor de DA, iar Prazosinul se pare că ar reduce severitatea și durata episoadelor de DA, dacă se administrează profilactic. Pentru Terazosin există dovezi limitate, în timp ce pentru Fenoxibenzamină nu există la ora actuală studii la pacienții cu leziuni medulare. În ceea ce privește efectul asupra reducerii presiunii arteriale în timpul ejaculării, există studii care demonstrează eficacitatea Prostaglandinei E2, în timp ce Sildenafilul nu are efect asupra manifestărilor DA la bărbați.

Educația pacientului

Pacienții cu risc de dezvoltare a acestui sindrom este bine să fie informați și se recomandă să dețină un carnețel sau un card cu informații specifice legate de DA pe care să-l poată pune la dispoziția personalului medical nefamiliarizat cu acest gen de manifestări, în caz de urgență.

Familia și îngrijitorii trebuie să dețină informații cu privire la manifestările clinice și primul ajutor în cazul episoadelor de DA.

În orice episod de hipertensiune sau cefalee la pacienții aflați la risc, trebuie luată în considerare posibilitatea DA.

Redă libertatea mişcării!

DICLOREUM diclofenac **150 mg**

Acest material promoţional este destinat profesioniştilor din domeniul sănătăţii. Dicloreum® 150 mg capsule cu eliberare prelungită se eliberează pe bază de prescripţie medicală - P6L. Pentru informaţii suplimentare vă rugăm să consultaţi rezumatul caracteristicilor produsului complet, disponibil la cerere. Profesioniştii din domeniul sănătăţii sunt rugaţi să raporteze orice reacţie adversă suspectată la acest produs la adresa de e-mail: drugsafety.ro@alfasigma.com sau la Agenţia Naţională a Medicamentului şi a Dispozitivelor Medicale.

Alfasigma România S.R.L., Strada Ciucenu Udricani, Nr. 18, Parter şi etajul 1, sector 3, Bucureşti.
Telefon: 031 805 35 26, Fax: 031 805 35 28,
E-mail: info.ro@alfasigma.com

ALFASIGMA

Stinge durerea neuropată!

DURERE ACUTĂ

1 /zi

4 săptămâni

DURERE CRONICĂ

1 /zi

6-8 săptămâni

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. ALA 600-SOD și ALAnerv sunt suplimente alimentare. Citiți cu atenție prospectul și informațiile de pe ambalaj. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la aceste produse la adresa de e-mail: drugsafety.ro@alfasigma.com.

Alfasigma România S.R.L., Strada Cluceru Udricani, Nr. 18, Parter și etajul 1, sector 3, București,
Telefon: 031 805 35 26, Fax: 031 805 35 28,
E-mail: info.ro@alfasigma.com

ALFASIGMA

Aspecte ale reabilitării gravidei și lăuzei cu patologie musculoscheletală

O dată cu instalarea sarcinii, în organismul matern intervin o serie de modificări adaptative morfo-funcționale care asigură condiții optime de creștere și dezvoltare a produsului de concepție. Numeroase modificări morfo-funcționale survin precoce „anticipând“ chiar necesitățile metabolice crescute odată cu dezvoltarea produsului de concepție, ca și cum aceste modificări ar fi „programate” și nu secundare sau consecutive evoluției sarcinii.

Șef lucrări
Dr. Laszlo Irsay

UMF „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, Spitalul Clinic de Recuperare, Cluj-Napoca

Șef lucrări Dr Viorela Ciortea,

UMF „Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca, Spitalul Clinic de Recuperare, Cluj-Napoca

În spatele acestor modificări se află pe prim plan produsul de concepție, cu rol de coordonator. Acţiunea sa va fi directă, legată de dezvoltarea sa, dar mai ales indirectă, prin influenţarea sistemelor de control materne. Mijloacele efectoare propriu-zise vor fi endocrine (metabolismul matern) şi paracrine (interacţiunea maternofetală, toleranţa imunologică a sarcinii, declanşarea sarcinii).

O parte din afecțiunile musculoscheletale la gravide apar datorită modificărilor de postură, care pe de o parte schimbă centrul gravitațional, iar pe de altă parte obligă femeia la poziții compensatorii pentru a-și menține echilibrul. Creșterea în volum și greutate a abdomenului și a glandelor mamare sunt modificările cele mai importante care obligă gravida la adoptarea unor mecanisme compensatorii.

Modificările posturale cele mai evidente sunt:

1. la nivelul coloanei și bazinului: anteflexia gâtului și extensia ușoară a capului, hipercifoză, hiperlordoză, anteversia bazinului
2. la nivelul membrelor superioare: umeri căzuți
3. la nivelul membrelor inferioare: coapsele în abducție și rotație externă, genunchii în hiperextensie, picioarele în ușoară pronație și bolta plantară prăbușită.

Modificările musculare sunt, de asemenea, tipice și constau din: contracția reflexă a flexorilor șoldului și a mușchilor spatelui mai ales regiunea lombară și pectoralii. Acest lucru poate provoca apariția durerii datorită suprasolicitării musculo-ligamentare. Durerea la nivelul coloanei lombo-sacrate apare foarte frecvent în sarcină datorită odificărilor posturale și a laxității ligamentare. Sarcina în sine este un factor favorizant pentru apariția durerii lombare joase.

Aproximativ 75% din gravide vor experimenta durere lombară joasă în timpul sarcinii, durerea cea mai intensă se descrie spre finalul sarcinii (săptămâna 36). Pe un studiu prospectiv pe 3 ani, s-a demonstrat că dintre toate femeile participante la studiu, 20% vor rămâne cu dureri lombare și după 3 ani și 5% vor dezvolta durere abia după sarcină. Cele care au experimentat cel puțin un episod de durere lombară joasă în timpul sarcinii, în 85% din cazuri vor avea dureri lombare și la sarcinile ulterioare. La gravidele care prezintă durere lombară, după naștere durerea scade în primele 6 luni. Există o corelație puternică între frecvența atacurilor de lumbago acut în timpul sarcinii și timp de încă 6 ani după naștere.

Durerea lombară joasă poate avea cauze spinale sau pelviene.

Discurile intervertebrale răspund la încărcare axială prin comprimarea lichidului din interior, rezultând o scădere a înălțimii coloanei vertebrale. S-a arătat că la gravidele după activitate fizică, care acuză și durere lombară, coloana vertebrală este comprimată mai puternic față de femeile care nu sunt însărcinate, sau gravide, dar fără durere lombară.

Un număr significant de femei vor experimenta durere în primul trimestru de sarcină, când modificările mecanice nu au un rol important în declanșarea durerii. Aceasta sugerează că durerea și inflamația pot să apară și secundar modificărilor hormonale. Unele studii incriminează nivelul de relaxină ca fiind în legătură directă cu durerea, având în vedere că în timpul sarcinii nivelul seric crește de 10 ori.

Un alt fenomen care ar explica, cel puţin parţial, apariţia durerii mai ales a celei nocturne, este staza venoasă pelviană. Uterul, prin dimensiunea lui comprimă vena cavă, mai ales nocturn, când gravida este în decubit dorsal. Asocierea cu creşterea retenţiei lichidiene duce la congestie venoasă şi hipoxie la nivelul coloanei lombare şi pelvisului.

Hernia de disc este o altă cauză a durerii lombare în sarcină, dar nu cea mai frec-ventă. Se apreciază că hernia de disc este răspunzătoare pentru manifestările clinice în 1% din cazuri. Frecvent, pe o leziune discală preexistentă apare prolabarea nucle¬ului pulpos sau o recidivă a unei hernii mai vechi. Frecvenţa herniei de disc, ca şi cauză a durerii lombare joase la gravide, este estimată a fi de 1 la 10 000 de sarcini, cu sciatică unilaterală în 41% din cazuri şi sciatică bilaterală în 21% din cazuri.

O altă cauză de durere este cea a durerii centurii pelviene („pelvic girdle pain") se caracterizează clinic prin durere la nivelul articulațiilor sacroiliace și/sau structurile musculo-ligamentare din vecinătate. De obicei apare în legătură cu sarcina, traumatismele, artritele sau artro¬zele. Frecvent se face confuzia cu sacroileita, dar aceasta este doar una dintre aceste afecțiuni care poate produce durere în regiunea lombosacrată. Cauzele cele mai frecvente sunt cele non-specifice: după naștere sau leziuni posttraumatice.

Durerea poate iradia la nivelul coapsei posterioare și poate, de asemenea, să apară în legătură cu/sau separat de durerea la nivelul simfizei. Capacitatea ortostatică, mersul și șezutul sunt diminuate. Diagnosticul pozitiv este frecvent dificil și poate fi formulat, doar după excluderea altor cauze de durere lombară. Tulburările funcționale în ceea ce privește durerea sacroiliacă-pelviană trebuie să fie reproduse de testele clinice specifice.

Factorii favorizanți sunt: antecedente de durere lombară joasă, traumatisme pelviene, muncă fizică grea, multiparitatea.

Obiectivul principal în tratamentul durerii lombare din timpul sarcinii va fi reprezentat de ameliorarea durerii și creșterea funcționalității.

Din păcate nu putem vorbi de o prevenție eficientă, dar exercițiul fizic practicat cu regularitate înaintea sarcinii, reduce riscul apariției durerii lombare la gravide. Regulile de igienă posturală pot fi deasemenea eficiente, prin respectarea posturii corecte în timpul activităților și îmbunătățirea tehnicilor de lucru.

Masajul medical și kinetoterapia sunt mijloace indicate și bine suportate, cu excepția durerii acute în care sunt recomandate doar posturările antialgice.

În timpul sarcinii, exercițiul fizic trebuie efectuat în condiții sigure atât pentru mamă, cât și pentru făt. Programul de kinetoterapie începe cu exerciții de stabilizare a coloanei și exerciții dinamice, ce oferă stabilitate coloanei în timpul mișcării. Odată ce pacienta a demonstrat abilitatea de a stabiliza coloana în timpul mișcărilor urmează exerciții care urmăresc nevoile pacientei. Se va evita orice exercițiu, chiar dacă ar aduce beneficii, dacă crește durerea sau gravida se simte în nesiguranță.

Mijloacele kinetoterapiei diferă în funcție de caracterul durerii (acute, subacute, cronice), durerea persistentă peste 6 săptămâni fiind considerată cronică.

De o importanță deosebită este educarea pacientei privind managementul episoadelor dureroase și scăderea frecvenței acestora, incurajând mișcările și posturile sigure, precum și adaptările ergonomice la locul de muncă și în mediul casnic. Sunt inicate posturile corective, mobilizările active (în afara perioadelor dureroase), auto-stretchingul; exercițiile de stabilizare trebuie efectuate progresiv, cu creșterea graduală a numărului de repetiții, ulterior fiind recomandate exerciții cu rezistență pentru creșterea forței dinamice. Sunt indicate deasemenea exerciții aerobice cu intensitate mică/moderată focalizate la nivelul coloanei lombare, precum și exerciții de relaxare și de reducere a stresului postural. Pacienta va fi instruită cu privire la creșterea mobilității în articulațiile învecinate, în creșterea și menținerea fitnesului cardiac și vor fi folosite toate metodele de stimulare a complianței pacientei la programele de kinetoterapie.

Trebuie amintit ca pe perioada sarcinii, tracțiunile vertebrale, precum și procedurile de termoterapie profundă și electroterapie sunt contraindicate.

În cazurile extreme, hernia de disc gravă care nu cedează la tratament conservativ sau cu manifestări neurologice grave (ex. sindromul de coadă de cal), poate beneficia de discectomii endoscopice.

Simptomatologia dureroasă care este în legătură directă cu sarcina, dispare de obicei după naștere, dacă tehnicile de profilaxie sunt utilizate cu perseverență.

În cazul durerii centurii pelviene, tratamentul conservator constă în folosirea ortezelor lombo-sacrate (reduc durerea mai ales la mers), kinetoterapie, masaj medical. Se va evita încărcarea unipodală în activitățile cotidiene de tipul: urcatul-coborâtul din mașină, coborârea din pat; acestea realizându-se cu ambele membre inferioare lipite care se rotesc împreună cu trunchiul. Se vor evita deasemenea activitățile care necesită abducția largă a coapselor sau adducția peste linia mediană. Ca și în cazul durerii lombare, kinetoterapia nu trebuie să agraveze simptomatologia.

În ceea ce privește kinetoterapia după naștere, majoritatea autorilor recomandă începerea exercițiilor în perioada 2-6 săptămâni postpartum; alții mai permisivi considerând că mama poate să înceapă activitatea fizică în momentul când se simte pregătită. Accentul se va pune în această perioadă pe recuperarea echilibrului, aliniamentului corect al corpului, refacerea tonusului și forței musculare.

Exercițiile trebuie repetate cu regularitate și să fie progresive ca intensitate și timp; în programul de kinetoterapie postpartum fiind incluse exerciții atât pentru mușchii abdominali cât și pentru cei ai planșeului pelvin. Înainte de executarea unor exerciții mai viguroase este bine să ne asigurăm de integritatea grupelor musculare respective.

În perioada de după naștere se pune accent pe conștientizarea controlului posturii corecte a corpului, se mențin tehnicile de relaxare, iar ulterior se fac exerciții specifice de mobilizare și tonizare a mușchilor planșeului pelvin, abdominali, coloanei vertebrale.

Pacienta va fi instruită cu privire la semnele ce pot anunța o complicație: durere, sângerare, modificări ale respirației, aritmii etc.

Este de asemenea importantă deprinderea unei poziții corecte de alăptat, șezând cu spatele sprijinit și cu tălpile sprijinite pe un suport; iar in ceea ce privește momentul exercițiilor fizice raportat la alăptare, este recomandată kinetoterapia după alăptat pentru a evita angorjarea sânilor și problemele ce pot apare prin acidifierea laptelui, determinată de creșterea nivelului de acid lactic. Deasemenea excesul de acvtivitate fizică dublat de neglijarea odihnei, poate duce la hipo- sau agalactie.

În perioada postpartum lăuzele sunt încurajate să fie receptive, "să-și asculte corpul" pentru a ști "cât de mult este prea mult".

** lucrarea cuprinde o sinteză din mai multe capitole din monografia publicată de autori sub titlul "Recuperarea gravidelor și lăuzelor cu patologie locomotorie. Ed a 2-a. Editura Argonaut, Cluj-Napoca 2017"*

Romania

SHOCKWAVE THERAPY

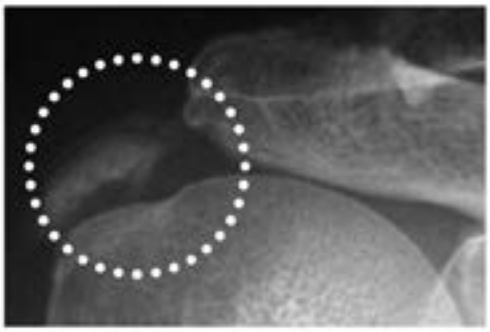
Tehnologia electroacustică brevetată este proiectată pentru a atinge echilibrul perfect dintre cei mai buni parametri terapeutici și cea mai mare durată de viață.

Singura TERAPIE FOCALIZATĂ CU UNDE DE ȘOC de acest gen de pe piață cu cea mai mare durată de viață fără scăderea intensității undelor de șoc pe durata de viață a produsului.

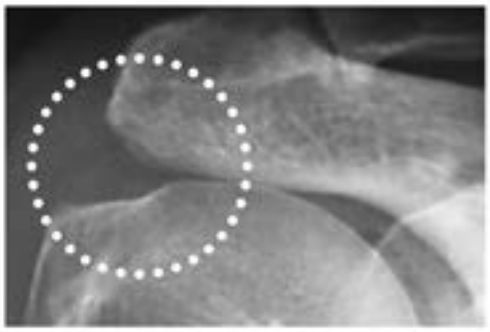
Singurul dispozitiv echipat cu monitorizare constantă a intensității undelor de șoc.

Secretul BTL constă într-o zonă de focalizare optimă care permite acoperirea cu ușurință a zonei tratate, în timp ce densitatea ridicată a fluxului de energie permite tratarea diferitelor țesuturi.

ÎNAINTE



DUPĂ **TERAPIA SHOCKWAVE**



CALCIFIERE LA NIVELUL UMĂRULUI, IMAGINI: BTL

REPARAREA ȚESUTULUI AFECTAT

Stimularea țesutului afectat eliberează factori de creștere responsabili de regenerare. Pe baza acestui principiu, TERAPIA CU UNDE DE ȘOC poate fi folosită în:

- neovascularizarea
- declanșarea proliferării fibroblastelor și creșterea sintezei de colagen
- eliberarea de proteine morfogenetice osoase (BMP)
- stimularea creșterii de noi vase limfatice

Romania

NOU

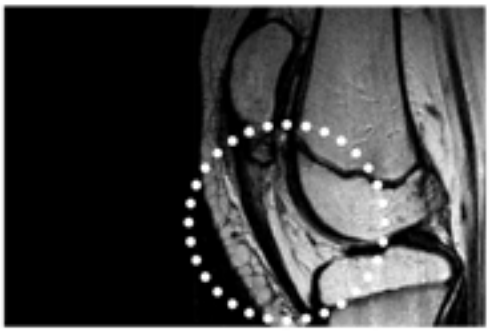
TERAPIA FOCALIZATĂ CU UNDE DE ȘOC se bazează pe principii electroacustice. În interiorul aplicatorului există un complex format dintr-un singur cristal piezoelectric și o lentilă electroacustică.
Dispozitivul creează o tensiune înaltă care deformează cristalul și creează o undă de presiune acustică. Unda este apoi modelată convergent și este difuzată în corpul pacientului.

Serviciul de înlocuire al Aplicatorului de tip Switch & Go

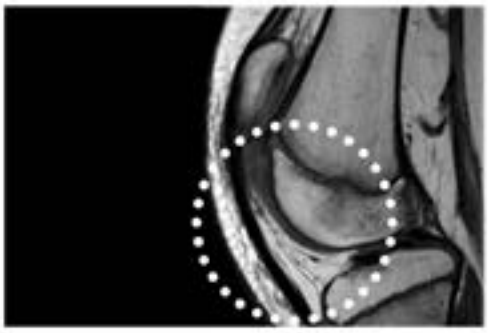
Țineți terapia sub control prin reglarea parametrilor direct de pe display-ul aplicatorului.

TERAPIA FOCALIZATĂ CU UNDE DE ȘOC BTL se realizează în întregime fără lichide și nu necesită întreținere. Trebuie doar să conectați dispozitivul la o sursă de alimentare electrică și să începeți terapia fără a fi nevoie de alte pregătiri.

ÎNAINTE



DUPĂ **TERAPIA SHOCKWAVE**



TENDINOPATIE PATELARĂ, IMAGINI: DR. AZAEL A. FLORES SALINAS

ELIMINAREA DURERII CRONICE
Datorită stimulării mecanice a fibrelor nervoase groase, TERAPIA CU UNDE DE ȘOC ameliorează durerea prin teoria Gate Control și, de asemenea, scade nivelul substanței P. Aceasta duce la:
- îmbunătățirea circulației sangvine
- reducerea ischemiei locale
- întreruperea ciclului durerii
- ameliorarea durerii de lungă durată

Rolul reabilitării medicale în fibromialgie

Fibromialgia (FM) reprezintă un sindrom caracterizat prin durere generalizată ce determină dizabilitate substanțială, cu o prevalență în populația generală de 6,4% conform unui studiu recent [1].

Conf. Univ.
Dr. Florina Ligia Popa

Universitatea „Lucian Blaga" din Sibiu,
Facultatea de Medicină
Spitalul Clinic Județean de Urgență
Sibiu, Secția clinică Reabilitare
Medicală I

Modalitățile de evaluare și monitorizare constau în evaluare clinică generală, neurologică, articulară și musculoscheletală și utilizarea unor ghestionare și scale: Fibromyalgia Oswestry Pain Questionnaire, Fibromyalgia Impact Questionnaire, Fibromyalgia Participation Questionnaire pentru aprecierea ADL-uri, Short Form (SF)-36, Modified Health Assessment Questionnaire, The Physician Health Questionnaire-9 pentru depresie, The Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-7 pentru anxietate [2].

Medicina fizică și de reabilitare are rol principal în tratamentul fibromialgiei. Pentru pacienții cu FM dizabilitatea poate fi severă și generală, motiv pentru care măsurile trebuie centrate pe îmbunătățirea funcției. Un program de reabilitare medicală în FM implică o echipă multidisciplinară de profesioniști și modalități variate individualizate pentru fiecare pacient. Echipa este formată din medic specialist, psiholog, fizioterapeut și kinetoterapeut cu experiență în tratamentul afecțiunilor țesutului moale. Obiectivele vizează ameliorarea durerii, refacerea condiției fizice și psihice, creșterea capacității funcționale, reintegrare socio-profesională.

Managementul durerii - tratamentul farmacologic

Ameliorarea funcțională în FM este dificilă datorită barierei dureroase. Există numeroase clase de medicamente care pot fi folosite singure sau în combinație. Agenții farmacologici pot reduce durerea prin creșterea nivelurilor neurotransmițătorilor inhibitori (duloxetin) sau scăderea nivelurilor neurotransmițătorilor excitatori (gabapentin).

Conform recenziilor sistematice și ghidurilor terapeutice există evidențe puternice de eficacitate pentru antidepresive triciclice (amitriptilină, ciclobenzaprin), SNRI (venlafaxin, milnacipran, duloxetin), anticonvulsivante (gabapentin, pregabalin), agoniști dopaminergici (pramipexol), agenți ce acționează asupra ciclului somn-veghe (modafinil). Evidențe modeste există pentru analgezice (tramadol), SSRI (fluoxetin). Sunt contraindicate opioidele puternice, corticosteroizii, antiinflamatoare nesteroidiene, hipnotice benzodiazepine și nonbenzo-diazepinice [3].

Injectarea punctelor tender/trigger induce întreruperea lor mecanică (mioliză) și este utilă în FM, dar rezultate mai bune pe termen lung se obțin în asociere cu terapia fizică, masajul, exerciții de stretching.

Managementul durerii - tratament nonfarmacologic

Medicina fizică: electroterapia, crioterapia, termoterapia, hidroterapia sunt utile, dar există puține evidențe de eficacitate [4,5]. Masajul sedativ, miorelaxant, drenajul manual limfatic și masajul țesutului conjunctiv sunt utile în reducerea durerii, îmbunătățirea stării de sănătate și creșterea calității vieții [6]. Balneoterapia a dovedit eficiență în ameliorarea durerii și funcției [7]. Kinetoterapia utilizează un program general de stretching, blând, prelungit. Sunt recomandate exerciții aerobice cu impact redus. Startul va fi cu exerciții ușoare, iar progresivitatea va fi lentă. Vor fi efectuate de cel puțin 3 ori pe săptămână, minim 30 minute. Exercițiile aerobice în apă sunt mai blânde și bine tolerate [8].

Terapiile de mișcare meditative (quigong, tai-chi, yoga) au evidențe

modeste în ceea ce privește eficacitatea în FM [9]. Medicina alternativă (acupunctura și homeopatia) nu a dovedit eficacitate în FM [10].

Stimularea magnetică transcranială repetitivă (rTMS) aduce beneficii asupra calității vieții în FM. Este posibilă modularea ariilor cerebrale în vederea corectării anomaliilor funcționale și ameliorării simptomelor în FM [12]. rTMS aduce beneficii și asupra durerii în FM. Poate fi considerată o metodă sigură și noninvazivă complementară analgeticelor pentru unii pacienți cu FM, fapt confirmat prin studii. Analgezia este indusă prin influențarea procesului de prelucrare emoțională asociat cu durerea globală [11].

Strategiile psihologice de reabilitare în FM sunt importante deoarece pacienții au niveluri crescute de stres, sentimente de depresie, anxietate și frustrație. Opțiunile de tratament includ: terapia cognitivă comportamentală, training de relaxare, terapia de grup, biofeedback-ul, managementul stresului [12].

Tehnicile terapiei cognitive comportamentale determină schimbări în modelele de gândire și comportament. Sunt efectuate ca terapie personală sau de grup, iar efectele benefice apar în mai puțin de 10 sesiuni. Rezultatele superioare se obțin în cazul aplicării în combinație cu programele de exerciții și/sau educație [13].

Dieta săracă agravează simptomele FM. Se recomandă o dietă sănătoasă, bogată în vitamine, minerale, antioxidanți, aminoacizi și fibre. Pacienții cu FM produc mai mulți radicali liberi decât persoanele sănătoase deoarece au capacitate antioxidantă redusă [14].

Tratamentul multidisciplinar a demonstrat eficiență în FM. O metaanaliză care a inclus 9 studii clinice randomizate, controlate (1119 pacienți) a relevat că tratamentul care combină cel puțin o terapie educațională sau psihologică cu cel puțin o metodă kinetică poate determina reducerea durerii, oboselii și a simptomelor depresive [15].

Concluzii

Fibromialgia reprezintă o tulburare complexă heterogenă ce necesită o abordare multidisciplinară individualizată. Se caracterizează prin polimorfism clinic, refractaritate la mijloacele terapeutice tradiționale, generatoare de dizabilitate. Combinarea tratamentului farmacologic cu cel nonfarmacologic reprezintă soluția ideală de tratament. Intervențiile nonfarmacologice au eficacitate înaltă, dar necesită participarea activă a pacienților. Rezultă rolul important al reabilitării medicale în managementul pacienților cu fibromialgie.

Bibliografie

1. Vincent A, Lahr BD, Wolfe F, et al. Prevalence of fibromyalgia: a population-based study in Olmsted County, Minnesota, utilizing the Rochester Epidemiology Project. Arthritis Care Res (Hoboken). May 2013; 65(5):786-92.
2. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. J Rheumatol. 2011; 38(6):1113-1122.
3. Oral A, Ilieva EM, Kűçűkdevici AA, Varela E, Valero R, Berteanu M, Christodoulou N. Generalised and regional soft tissue pain syndromes. The role of Physical and Rehabilitation Medicine Physicians. The European perspective based on the best evidence European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine 2014; Vol. 49, No.4: 535-549.
4. Dailey DL, Rakel BA, Vance CG, Liebano RE, Amrit AS, Bush HM, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation reduces pain, fatigue and hyperalgesia while restoring central inhibition in primary fibromyalgia. Pain 2013; 154(11):2554-2562.
5. McVeigh JG, McGaughey H, Hall M, et al; The effectiveness of hydrotherapy in the management of fibromyalgia syndrome: a systematic review. Rheumatol Int. 2008: 27.
6. Ekici G, Bakar Y, Akbayrak T, et al. Comparison of manual lymph drainage therapy and connective tissue massage in women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. J Manipulative Physiol Ther. 2009; 32(2):127-133.
7. Evcik D, Kizilay B, Gokcen E; The effects of balneotherapy on fibromyalgia patients. Rheumatol Int. 2002; 22(2):56-59.
8. Busch AJ, Schachter CL, Overend TJ, et al. Exercise for fibromyalgia: a systematic review. J Rheumatol. 2008; 35(6):1130-1144.
9. Langhorst J, Klose P, Dobos GJ, Hauser W, Bernardy K, Hauser W Lucius Efficacy and safety of meditative movement therapies in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Rheumatol Int 2013; 33:193-207.
10. Langhorst J, Hauser W, Bernardy K, Lucius H, Settan M, Winkelmann A et al. Complementary and alternative therapies for fibromyalgia syndrome. Systematic review, meta-analysis and guideline 2012; 26:311-317.
11. Boyer L, Dousset A, Roussel P, Dossetto N, Cammilleri S, Piano V, Khalfa S, Mundler O, Donnet A, Guedj E. rTMS in fibromyalgia: a randomized trial evaluating QoL and its brain metabolic substrate Neurology 2014;82(14):1231-1238.
12. Glombiewski JA, Sawyer AT, Gutermann J, Koenig K, Rief W, Hofmann SG. „Psychological treatments for fibromyalgia: a meta-analysis". Pain 2010; 151 (2): 280–295.
13. Bennett R, Nelson D. Cognitive behavioral therapy for fibromyalgia. Nat Clin Pract Rheumatol. Aug 2006; 2(8):416-424.
14. Logan AC. Is there a fibromyalgia diet. Fibromyalgia Aware. Dec 2004-Mar 2005; 8:46-49.
15. Häuser W, Bernardy K, Arnold B, et al. Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. Arthritis Rheum. 2009; 61(2):216-224.

REOMEDICAL
APARATURA MEDICALA

Împreună redefinim **recuperarea medicală**

WINBACK
YOUR BODY IS BACK

Terapia Tecar **WINBACK** amplifică efectele masajului pentru a ajunge la un nivel de profunzime care până acum era considerat de neatins. Energia dezvoltată de echipamentul WINBACK combină manevrarea ușoară și funcțiile intuitive. Te concentrezi pe tehnica ta manuală, iar energia te va urma îndeaproape, oferind un tratament de neegalat, confortabil și flexibil.

Noile module lansate de la Tecar 6.0 Deep Fractal:

ALTER G
Anti-Gravity Treadmill

Noile benzi de alergare anti-gravitaționale Via de la **AlterG®** oferă un program de antrenament și/sau recuperare medicală la un nivel neatins până în prezent. Utilizând presiunea atmosferică diferențială (DAP) dezvoltată de NASA, puteți aplica forțe non-invazive de ridicare, cu ajutorul aerului, reducând astfel greutatea pacientului până la 20% din masa sa corporală. Sfidați gravitația cu benzile de alergare anti-gravitaționale AlterG!

LOJER manuthera 2.0

Manuthera 242 oferă în premieră internaţională posibilitatea de a lucra cu două motoare electrice sincronizate. Această caracteristică „motor twin" permite o mişcare uşoară, corectă şi facilitează munca terapeutului. Manuthera 242 este o masă de terapie tip all-in-one ce răspunde cu succes exigențelor de examinare și de terapie, cu aplicații vaste: terapie fizică, kiropractică, OMT, terapie manuală, masaj, medicină sportivă, ginecologie etc.

imoove 600

Imoove 600 este un dispozitiv cu un spectru larg de aplicații de reabilitare funcțională și medicină fizică. Imoove 600 oferă premisele unei reabilitări profunde și inteligente prin mobilizarea pro-activă 3D a întregului corp: echilibru funcțional, control postural, forță musculară și articulară, proprioceptie.

Imoove este primul echipament care poate pune în funcțiune întregul organism, stimulând mai mult de 90% din masa musculară în același timp. Restabilește mișcările naturale spiroidale ale corpului prin reabilitarea dinamică osteo-musculară.

chattanooga

Wireless Professional reinventează reabilitarea funcțională, punând la dispoziție proceduri terapeutice noi, oferindu-ne posibilitatea de a combina electroterapia cu mișcarea activă. Această unitate revoluționară de electroterapie fără fire a fost concepută special într-o singură premisă: să creeze o evoluție tehnologică care să ofere un tratament avansat, în dinamică.

motorika

Optimal-G™ este noul sistem robotizat de re-educare a mersului dezvoltat de Motorika, proiectat pentru îmbunătățirea echilibrului, coordonării și posturii optime a pacientului. Funcțiile de recalibrare continuă și repetitivă a parametrilor mișcării (Auto-Learning), monitorizarea mersului și feed-back-ul complex în timp real sunt doar câteva din caracteristicile noului sistem.

Te invităm să testezi echipamentele
în showroom-ul REO MEDICAL din
Șos. Străulești, nr. 144, Sector 1, București

REOMEDICAL
APARATURA MEDICALA

0723 744 885 / 0371 091 809
contact@reo-medical.ro
www.reo-medical.ro
Şos. Străulești, nr. 144, Sector 1, București, România

Reabilitarea pulmonară în România (II)

„Cei care sunt cei mai fericiți sunt cei care fac cel mai mult pentru alții." Booker T. Washington

Reabilitarea medicală, care anterior s-a numit Recuperare, Medicină Fizică și Balneologie, este o specialitate medicală, ce se ocupă cu prevenirea, diagnosticarea și managementul reabilitării persoanelor cu afecțiuni dizabilitante în vederea încercării de redare a mobilității și restabilirii funcției optime a anumitor aparate și sisteme anatomice cu scopul creșterii calității vieții.

Conferențiar Universitar
Dr. Paraschiva Postolache
Medic primar: MI; Farmacologie Clinică; Pneumologie, Medic sp. Reabilitare medicală; Consilier pentru renunțare la fumat

Conceptul de reabilitare medicală a apărut în lumea medicală românească în 1922, iar în 1970 conducerile Direcțiilor Sanitare din Iași (Prof. Dr. Valeriu Rugină) și Cluj au adus acest concept în atenția Ministerului Sănătății care a înțeles necesitatea acestui gen de îngrijiri astfel încât în 1973 a început construirea Spitalelor de Recuperare la Iași și Cluj. Nume importante ale medicinei ieșene precum Dr. Aurel Socol, Prof. Asoc. Dr. Octavian Petrescu, Prof. Dr. Petre Balmuș, Dr. Victor Bejan și-au pus amprenta asupra dezvoltării Spitalul Clinic de Recuperare care și-a păstrat până în prezent profilul inițial. La Iași, Clinica de Recuperare Cardio-Pulmonari din cadrul spitalului, înființată la inițiativa Prof. Dr. Ioan Lungu, a avut o contribuție importantă de la începutul activității spitalului, având inițial 144 de paturi din cele 500, număr care s-a redus semnificativ, din 2008 clinica fiind împărțită în cele două secții: Secția Clinică Recuperare Medicală Respiratorie și Secția Clinică Recuperare Medicală Cardiovasculară.

Reabilitarea pulmonară (RP) face parte din managementului bolilor pulmonare cronice, fiind aplicată atât în regim cronic cât și în exacerbări. În ultimii ani, expertiza științifică și experiența clinică internațională au oferit o creștere considerabilă a informațiilor privind RP și eficacitatea ei pentru pacientul pulmonar cronic. Numeroase dovezi științifice precum studii randomizate controlate, meta-analize și ghiduri elaborate de societățile științifice internaționale precum American College of Chest Physicians - ACCP, American Association for Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation - AACVPR, American Thoracic Society - ATS, Canadian Thoracic Society - CTS, European Respiratory Society – ERS, stau la baza elaborării și aplicării programelor de reabilitare respiratorie.

Declarația Comună ATS/ERS din 2013 apare ca o actualizare a documentului despre RP din 2006 pe baza recomandărilor ACCP și AACVPR, elaborate pentru a trasa linii directoare pentru practica cotidiană. Declarația este structurată pe 15 capitole în care sunt prezentate conceptul de RP, strategiile de tratament și modalitățile de optimizare ale rezultatelor obținute în urma unui program de RP. Declarația oferă un cadru științific și practic pentru a ajuta personalul din domeniul sănătății să cunoască cerințele actuale pentru acreditarea, proiectarea, implementarea și perfecționarea programelor de RP, totodată îndrumând și spre oferirea de îngrijire medicală de calitate persoanelor cu simptomatologie respiratorie. Ghidurile de RP se bazează pe cele mai recente studii, fiind realizate de către experți în medicină, în asistența medicală, în kinetoterapie respiratorie și în fiziologia exercițiului fizic, precum și în asistența psiho-socială.

În România, RP se realizează după ghidurile și standardele internaționale, Iașul fiind centru de referința în domeniu, organizând cursuri și conferințe, unele cu participare internațională sau sub patronaj international, promovând RP și în celelalte centre universitare, precum București, Timișoara, Craiova, Constanța, Oradea, Târgu Jiu, Brașov și în alte spitale județene (Bacău, Brăila), unde s-au și înființat departamente de RP.

Ghidurile internaționale pentru RP prevăd următoarele componete ale programelor terapeutice de reabilitare: antrenamentul fizic, strategiile respiratorii, suportul psiho-social și nutrițional, tehnicile economisitoare de energie și educația medicală, acestea presupunând antrenarea musculaturii respiratorii și a extremităților, drenaj bronșic și tehnici de relaxare, având ca scop ameliorarea simptomatologiei.

RP vizează abordarea multidisciplinară a pacienților cu funcție respiratorie compromisă din cauza bolilor pulmonare obstructive (astm bronșic, bronșiectazii, bronșite cronice, emfizem, bronhopneumopatie obstructivă cronică, fibroză chistică, sarcoidoză), restrictive (boli interstițiale, ale peretelui toracic, neuromusculare, sindroame postpoliomielită și post-tuberculoase și anomalii ale cutiei toracice), mixte sau a cancerului bronho-pulmonar. Tot mai multe dovezi științifice susțin aplicarea programelor de RP pre- și post-operator la pacienții supuși transplantului pulmonar, reducerii volumului pulmonar sau oricărui alt tip de intervenție chirurgicală toracică sau abdominală.

Programele de RP se aplică bolilor pulmonare aflate în orice stadiu, fie și avansat sau ireversibil și, conform noilor

Medisal
dispozitive medicale

TÂRGU MUREȘ
STR. GHEORGHE DOJA NR. 234
TEL: 0265 211 411
FAX: +40 265 211 412

MASAJ CERVICAL PANGAO

DISPOZITIV MASAJ OCULAR PANGAO

MINGE GIMNASTICĂ PEANUT BALL QMED

BANDĂ ALERGARE CARDIOLINE XR450

CICLOERGOMETRU KETTLER

LAMPĂ CU LUMINĂ UV-B KN-4006-B1

HOLTER ECG & ABPM CARDXPLORE

HOLTER ECG TLC5000

LAMPĂ CU LUMINĂ POLARIZATĂ BIOPOLAR

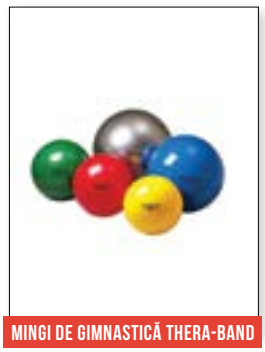
TERAPIA CU LASER LASER PLUS

MAGNETOTERAPIA PROFESIONALĂ MAGNETOFIX-80

TENS PG 2602B

APARAT DRENAJ LIMFATIC

CALMAREA DURERII BIOFREEZE


MINGI DE GIMNASTICĂ THERA-BAND

BENZI KINESIOLOGICE NASARA

PESTE 3.000 DE PRODUSE

CALITATE ȘI FIABILITATE

LIVRARE RAPIDĂ

Email: office@medisal.ro
Comenzi: comenzi@medisal.ro
Informații: info@medisal.ro

Vă așteptăm cu drag în Showroom-ul Medisal din str. Gheorghe Doja, nr. 234, Târgu Mureș

www.medisal.ro

recomandări, cât mai precoce în exacerbările bolilor pulmonare, pe termen scurt (pre-postoperator) sau lung, atât în regim de spitalizare cât și în ambulatoriu și la domiciliu.

Programele de RP sunt adaptate nevoilor fiecarui pacient și sunt realizate de către o echipă multidisciplinară de specialiști în îngrijiri de sănătate (medici specilişti în reabilitare medicală și pneumologie, explorationisti, asistenti medicali, fizioterapeuti, nutritionisti, psihologi, logopezi, terapeuti ocupationali, asistenti sociali, bioingineri, farmacologi, în colaborare cu medicul de familie și farmacistul. RP fiind o intervenție cuprinzătoare, presupune o bună colaboarea și comunicare între membrii echipei, asigurând astfel confortul și beneficiul maxim adus pacientului.

Programele de RP au rolul de a îmbunătăți calitatea vieții pacientilor prin creșterea gradului de independență, reducerea numărul de exacerbări și a zilelor de spitalizare datorate acestora, totodată cu reducerea substanțială a costurilor. RP are capacitatea de a diminua încărcătura simptomatică, în special, dispneea, de a reduce decondiționarea musculară și de a crește capacitatea de exercițiu, de a reduce anxietatea și depresia și de a îmbunătăți starea psiho-emoțională, precum și reinserția socială a pacienților. RP reprezintă standardul de îngrijire pentru pacienții cu boli pulmonare cronice motivați să participe la programul de reabilitare pentru a deveni mai activi fizic și mai independenți, făcând parte integrantă din managementul clinic și de menținere a stării de sănătate.

Anul 2006 a fost un an semnificativ în istoria RP, atunci fiind atât publicată pentru prima data Declarația comună asupra RP a ATS și ERS, cât și înființarea Grupului de Lucru de Reabilitare Respiratorie (GLRR) al Societății Române de Pneumologie (SRP), în scopul asigurării realizării de programe de RP la standarde internaționale, la inițiativa Conf. Univ. Dr. Paraschiva Postolache de la Spitalul Clinic de Recuperare din Iași și cu sprijinul conducerii Societății Romane de Pneumologie (Prof. Dr. Paul Stoicescu, Prof. Dr. Florin Mihălțan). GLRR are o activitate intensă și permanentă care s-a soldat cu creșterea numărului de membri din domeniile pneumologiei, explorărilor funcționale, asistenților medicali, balneo-fizio-kinetoterapiei, asistenței sociale, nutriției, psihoterapiei, ergoterapiei și a numărului de departamente de RP (Iași, București, Timișoara, Craiova, Constanța, Târgu Jiu, Sibiu, Moinesti, Zalău, Bacău etc.).

Dintre activitățile științifice organizate de GLRR în domeniul RP sunt de menționat: cele 2 manifestări naționale cu participare internațională, sub patronaj internațional (ACCP), la Iași, în 2010 și 2012, coordonate de Conf. Univ. Dr. Paraschiva Postolache, UMF „Grigore T. Popa" din Iași. Tot în 2012, la București, a avut loc cursul de testare de efort cu participare internațională, coordonat de Dr. Diana Ioniță de la Institutul de Pneumologie „Marius Nasta" din București. De asemenea, în decursul timpului s-au organizat anual numeroase cursuri, simpozioane, conferințe de sine stătătoare sau cu ocazia Congreselor SRP de la Constanța, București, Poiana Brașov, Sibiu pentru specialiști dar și întâlniri cu pacienții cu afecțiuni respiratorii cronice.

Membrii GLRR al SRP au initiat, coordonat și colaborat pentru multiple proiecte de RP atât pe plan național, cât și internațional și au editat materiale de referința pentru RP în Romania.

În martie 2015, la Iași, și apoi la Brașov s-a desfașurat proiectul educațional „REABILITAREA PULMONARĂ: PROVOCĂRI ȘI SOLUȚII" realizat de către GLRR în parteneriat cu SRP, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa" Iași, Spitalul Clinic de Recuperare din Iași și Secția Clinică Recuperare Medicală Respiratorie, Fundația „Flacăra Speranței – Flame of Hope" din Iași, proiect care s-a adresat atât profesioniștilor din domeniul RP cât și pacienților cu afecțiuni pulmonare cronice. Acest proiect a facut parte din planul acțiunilor educative privind RP organizate de SRP, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa" din Iași, Spitalul Clinic de Recuperare din Iași, sub patronajul unor foruri profesionale internaționale (ACCP/CHEST), cu participarea specialiștilor din acest domeniu din țară și din străinătate.

Acest proiect a fost continuat anual, în 2016 cu tema: „EDUCAȚIA PACIENTULUI CU PATOLOGIE RESPIRATORIE – ROLUL ASISTENTULUI MEDICAL" la Iași, Brașov, Poiana Brașov și Bacău; în 2017 cu tema: "REABILITAREA PULMONARĂ, DRUMUL DE LA MEDIC LA PACIENT", la Iași, Brașov, Bacău și Sinaia și în 2018 cu tema: „REABILITAREA PULMONARĂ ȘI SALINOTERAPIA" la Iași, Tg Jiu și Poiana Brașov.

In 2018, la Spitalului Clinic de Recuperare din Iași a avut loc un alt eveniment de deosebită importanță atât pentru personalul medical, cât și pentru pacienții cu boli pulmonare, în cadrul acestuia fiind abordate diverse aspecte ale RP, precum: Influența calității aerului asupra incidenței patologiei pulmonare, Considerațiile etice în practica din Reabilitarea medicală, Managementul modern al astmului bronșic și al BPOC și Locul și rolul RP în țara noastră, RP la pacienții cu cancer bronhopulmonar , Rolul explorărilor funcționale, Testarea de efort, Evaluarea indicelui BODE, Calitatea vieții pacienților cu BPOC, Scalele de evaluare ale dispneei la pacienții din programul de RP, Lung Information Needs Questionnaire – LINQRO (chestionarul LINQ de evaluare a nevoilor de informații pulmonare ale pacienților din program, tradus și validat în limba română de echipa coordonată de Conf. Univ. Dr. Paraschiva Postolache), Activities of Daily Living – ADL, antrenamentul musculaturii respiratorii, nutriția și RP, stimularea electrică neuromusculară în RP, aerosoloterapia, meloterapia, studiul anxietății și evoluția pacienților cu sindrom de apnee în somn incluși în program. Temele au fost abordate de către întreaga echipă de RP din Secția Clinică Recuperare Medicală Respiratorie a Spitalului Clinic de Recuperare Iași, medici rezidenți în specialitatea Oncologie medicală, dar și studenți în ultimul an ai Secției de Balneo-Fizio-Kinetoterapie și Recuperare de la Facultatea de Bioinginerie Medicală a Universității de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa" din Iași.

Sub același patronaj, proiectele GLRR al SRP, coordonat de Conf. Univ. Dr. Paraschiva Postolache, vor continua, în acest an tema fiind: „REABILITAREA PULMONARĂ ȘI CLIMATOTERAPIA", la Iași și Brăila.

De-a lungul timpului, RP s-a impus ca un concept extrem de important pentru mangementul corect al pacienților cu boli pulmonare cronice obstructive, restrictive și mixte, jucand un rol esential în creșterea calității vieții și indirect a supraviețuirii.

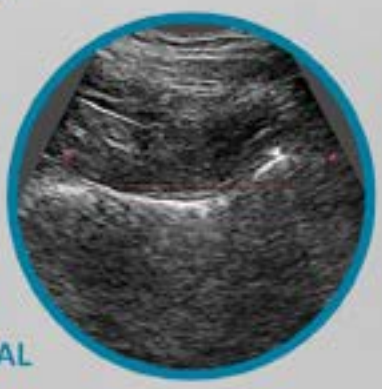
Bibliografie pe: revistamedicalmarket.ro

ECHOS

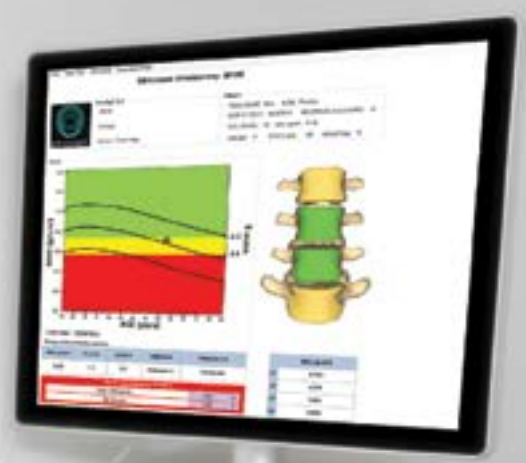
O nouă tehnologie pentru diagnosticul osteoporozei.

R.E.M.S. este prima soluție non-invazivă pentru diagnosticul precoce al osteoporozei și evaluarea rezistenței osoase.

VERTEBRE LOMBARE



COL FEMURAL



Reprezentant unic în România

GENODYNAMIC
PARTENERI ÎN PERFORMANȚĂ

Șos. Străulești, Nr. 184,
sector 1, București, 013339
+40 031 104 69 65 office@genodynamic.ro
www.genodynamic.ro
www.testareosteoporoza.ro

Câteva considerații asupra relației medicină complementară - reabilitare medicală

Reabilitarea medicală este în esență o disciplină holistică care se focalizează asupra pacientului ca întreg – fizic, funcțional, mental, emoțional, social și spiritual, simultan. Reabilitarea medicală este un lider în integrarea conceptelor de holism și a unui spectru divers de modalități terapeutice în paradigma medicală convențională. Aceasta, cât și medicina convențională și alternativă împărtășesc câteva principii de bază comune incluzând orientarea centrată pe pacient, concept în care opinia echipei reprezintă mai mult decât suma părților acestuia.

Dr. Dorina Maria Fărcaș

Șef lucrări FMF Oradea,
Hotel Lotus Therm Băile Felix

În urma Studiul național american de sănătate s-a dovedit că adulții americani recurg ca primă intenție mai frecvent la metode ale medicinei complementare pentru afecțiuni musculoscheletale cum sunt dureri lombare, cervicale, articulare[1].

După al II-lea Război Mondial, domeniul reabilitării medicale s-a dezvoltat accelerat ca răspuns la nevoile crescute de a furniza un tratament adecvat numărului mare de pacienți cu diverse traumatisme osteoarticulare și neurologice.

În cartea „Cuțitul nu e suficient" Dr. Henry H Kessler a expus clar nevoia de așazise „terapii complementare și alternative"[2].

Institutul Național American de Sănătate – Centrul Național de Medicină Complementară și Alternativă – definește medicina complementară ca o abordare a îngrijirii medicale utilizată împreună cu medicina convențională.

Medicina integrativă combină tratamentele medicinei convenționale și ale medicinei complementare pentru care există dovezi de siguranță și eficacitate.

Medicina alternativă este un termen mai vechi care denotă substituția terapiilor convenționale cu altele neconvenționale.

Câteva dintre metodele medicinei complementare utilizate cu succes în reabilitarea medicală vor fi prezentate succint în continuare.

Medicina orientală are o vechime de peste 3000 ani și se bazează pe teoria că există o forță vitală(qi) care sprijină funcțiile fiziologice. Qi este concentrat în multiple căi și canale numite meridiane care traversează longitudinal corpul. Sănătatea e considerată a fi starea în care qi curge abundent și armonios iar boala se consideră a fi rezultatul unei distribuții necorespunzătoare sau unui dezechilibru al acestei energii care precipită modificări fiziologice.

Acupunctura constă în inserția unor ace subțiri în puncte specifice de acupunctură de-a lungul meridianelor, pentru corectarea fluxului de energie aberant. Acupunctura este frecvent folosită în reabilitarea medicală în afecțiuni acute și cronice musculoscheletale și în afecțiuni neurologice.

Homeopatia este un sistem de diagnostic și tratament dezvoltat de Dr.Samuel Hahnemann, care a văzut simptomele unei boli ca o reflexie a faptului că organismul încearcă să-și redobândească homeostazia.

Ayurveda se traduce ca „știința vieții" este un sistem de vindecare cu originea în India. Principiile de bază ale acesteia includ interconvertibilitatea energiei și interconectivitatea întregii vieți. Medicina ayurvedică subliniază că atât boala cât și vindecarea apar la toate nivelele: fizic, emoțional, mental și spiritual.

Naturopatia este un sistem care se bazează pe menținerea sănătății și prevenția bolilor prin educarea pacientului și acceptarea responsabilității pentru propria sănătate.

Intervențiile minte-corp pornesc de la premiza că mintea și corpul nu sunt entități distincte. Astfel gândurile și emoțiile influențează corpul și procesele fiziologice au impact asupra stării mentale, emoționale, spirituale.

Hipnoterapia acționează la nivelul subconștientului uman și ajută pacienții să facă schimbări comportamentale pozitive și să diminueze simptomele.

Meditația inițial era legată de practici religioase și avea scopuri spirituale, de iluminare. Tehnicile moderne de meditație au fost separate de contextul religios, scopul acestora devenind mult mai concret, de exemplu scăderea anxietății și ameliorarea stării de sănătate. Există mai multe tehnici de meditație, numitorul lor comun fiind atingerea unei relaxări fizice și mentale.

Terapii prin mișcare minte-corp - cele mai utilizate în prezent sunt: yoga, T`ai Chi, tehnica Alexander, metoda Feldenkreis, Pilates, centrarea corp-minte. Toate aceste tehnici au ca scop îmbunătățirea abilităților kinestezice ale pacienților, coordonarea mișcării și a respirației, cât și ușurarea, controlul și bucuria în mișcarea zilnică.

Yoga este o artă veche indiană, un mod de viață ce cuprindea un număr de practici spirituale, acompaniate de o conduită etică, responsabilitate socială, nutriție și practici de sănătate fizică.

T`ai Chi este o formă de posturi și mișcări care datează din sec 17 în China cu scopul de îmbunătățire a echilibrului, coordonării, concentrării și diminuării stresului.

Metoda Feldenkrais este o terapie prin mișcare care se bazează pe abilitatea sistemului nervos de a dezvolta engrame noi sau noi patternuri de mișcare. Această metodă ajută pacientul să execute mișcări eficiente, nedureroase.

Metoda Alexander urmărește îmbunătățirea posturii și mișcărilor prin focalizarea pe dezvoltarea echilibrului între cap și gât în posturi statice și dinamice cât și o respirație corespunzătoare.

Metoda Pilates a fost dezvoltată de Joseph Pilates în timpul și după I Război Mondial și este utilizată și în reabilitare, în special în afecțiuni musculoscheletale.

Fără a avea pretenția de a fi epuizat toate metodele existente și aplicabile de medicină complementară în reabilitarea medicală, am dorit să subliniez faptul că o abordare holistică, care să nu excludă medicina complementară, este binevenită, având un impact pozitiv asupra pacienților.

Bibliografie

1. NHIS2007 www.nccam.gov 2/06/09
2. Kessler HH. The Knife is Not Enough. New York, NY:WW Norton;1968
3. DeLisa`s Physical Medicine Rehabilitation, Lippincott, Fifth Edition, 2010

HOTEL PALACE
Băile Govora
1914

JUST NATURE, JUST HEALTH

HOTEL BELVEDERE
Băile Govora
1926

Str. Tudor Vladimirescu, nr. 234, Băile Govora
Tel: +4 0250 770 160, +4 0250 770 040

Str. Tudor Vladimirescu, nr. 168, Băile Govora
Tel: +4 0250 770 430, +4 0250 770 431

HOTEL PARC
Băile Govora
1935

LOCUL UNDE IZVOARELE VINDECĂ

Recuperarea pacienților cu ruptură de tendon ahilian

Tendonul ahilian este cel mai puternic și mai gros tendon din corpul uman, dar în același timp cel mai frecvent supus rupturilor. Incidența acestor leziuni a crescut dramatic în ultimele decenii, o dată cu creșterea popularității sporturilor recreaționale, 75% dintre rupturi fiind leziuni sportive.

Dr. Ileana Monica Borda

Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca, Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca

Dr. Laszlo Irsay

UMF „Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca, Spitalul Clinic de Recuperare, Cluj-Napoca

Cele mai multe rupturi de tendon ahilian survin în sporturi care implică alergare, sărituri, schimbări de direcție. Vârsta tipică este între 30 și 40 de ani, bărbații fiind de 6 ori mai predispuși decât femeile. Tratamentul cu antibiotice de tip fluorochinolone sau infiltrațiile prealabile cu corticosteroizi constituie factori de risc pentru aceste accidente, prin fragilizarea tendonului.

Mecanismele de producere a rupturii sunt reprezentate de flexia plantară bruscă a piciorului încărcat, cu extensia genunchiului (ca în cazul demarării pentru săritură), dorsiflexia forțată, violentă a piciorului, cu contracție excentrică (aterizarea după săritură sau călcatul într-o groapă) sau, mai rar, de un traumatism direct la nivelul tendonului. Majoritatea rupturilor survin la 2-6 cm proximal de inserția acestuia pe calcaneu, într-o zonă cu vascularizație redusă.

În caz de ruptură completă pacienții resimpt în majoritatea cazurilor o durere ascuțită și o senzație de plesnitură, cu imposibilitatea încărcării membrului inferior și a continuării activității. În faza inițială se poate palpa o întrerupere la nivelul tendonului. Testul Thompson este pozitiv în caz de ruptură completă. Acesta se realizează cu pacientul în decubit ventral, cu picioarele dincolo de marginea mesei de examinare. Strângerea ambelor gambe de către examinator produce flexie plantară a piciorului atunci când tendonul ahilian este intact. În caz de ruptură a acestuia, flexia plantară nu se mai produce (test Thompson pozitiv). Examenul obiectiv trebuie să pună în evidență cel puțin 2 dintre următoarele semne pentru a stabili diagnosticul de ruptură de tendon ahilian: testThompson pozitiv, scăderea forței de flexie plantară a piciorului, prezența unui defect palpabil, creșterea dorsiflexiei pasive a piciorului la manipularea blândă. În caz de ruptură parțială zona devine tumefiată și sensibilă la palpare. Ecografia și rezonanța magnetică nucleară pot fi utile pentru a diferenția o ruptură parțială de una completă.

Atât tratamentul chirurgical, cât și cel conservator pot fi utilizate pentru a restabili lungimea și tensiunea tendonului ahilian, în scopul refacerii forței și funcționalității. Opțiunea terapeutică individualizată este bazată pe vârstă, starea generală de sănătate și nivelul de activitate. Tratamentul conservativ include imobilizare inițială, urmată de mobilizare articulară și tonizare musculară progresivă, pentru recuperarea funcției. Tratamentul chirurgical constă în diferite tehnici, de la sutura simplă a capetelor tendonului la reparații complexe cu întărire fascială sau grefă de tendon.

În mod tradițional pacienții tineri și sportivi erau tratați chirurgical, întrucât mai multe studii și metaanalize au arătat o reducere semnificativă a riscului de recidivă a rupturii tendonului ahilian, o mai bună forță de flexie plantară, o reluare mai rapidă a activităților obișnuite și o frecvență mai mare de reluare a activității sprtive la pacienții operați față de cei tratați conservator. S-a observat, însă, că în majoritatea acestor studii tratamentul conservator era reprezentat de imobilizare prelungită și limitarea încărcării membrului inferior. Astfel, studii mai recente au constatat ameliorare funcțională atât la pacienții operați, cât și la cei neoperați, fără diferențe semnificative între aceștia din punct de vedere funcțional, al forței, mobilității sau al frecvenței recidivelor, atunci când mobilizarea și încărcarea precoce au fost instituite la toți pacienții. Astfel, abordul terapeutic optim (chirurgical sau conservator) va fi stabilit de la caz la caz, urmat de recuperare accelerată, cu mobilizare și încărcare precoce.

Tratamentul conservator poate fi indicat atunci când la examinarea ecografică sau prin rezonanță magnetică se constată o întrerupere a tendonului mai mică de 5 mm în flexie plantară maximală, respectiv mai mică de 10 mm cu piciorul în poziție neutră, sau o suprapunere tendinoasă de peste 75% cu piciorul la 20o de flexie plantară. În primele 2 săptămâni piciorul este imobilizat pe atelă rigidă în ecvin, cu descărcare prin cârje axilare sau cadru de mers, după care urmează protocolul de recuperare accelerată.

Tratamentul chirurgical promovează în prezent tehnicile minim invazive, percutanate, endoscopice, cu incizie limitată, ceea ce a permis o reducere importantă a frecvenței complicațiilor, fără o creștere semnificativă a riscului de recidivă. Dacă în mod clasic intervenția chirurgicală era urmată de imobilizare pe atelă rigidă pentru cel puțin 4 săptămâni, la ora actuală se

tinde spre o durată minimă de imobilizare pe atelă rigidă (2 săptămâni) și încărcare precoce. Această atitudine terapeutică este susținută de numeroase studii care au confirmat faptul că activitatea fizică accelerează vindecarea tendonului, fără a crește numărul de rupturi recidivante. Imobilizarea postoperatorie peatelă rigidă se face în ecvin, cu descărcare prin cârje axilare sau cadru de mers.

Recuperarea este esențială după refacerea tendonului ahilian. Obiectivele sale sunt:

- Reducerea edemului și durerii reziduale
- Recuperarea mobilității, fără a afecta integritatea tendonului reparat
- Tonizarea tricepsului
- Ameliorarea forței musculare și a coordonării la nivelul întregului membru inferior
- Reluarea activității sportive în condiții de siguranță și eficiență.

Pentru reducerea durerii și edemului se recomandă crioterapie, masaj, băi alternante, electroterapie.

Recuperarea mobilității vizează în special dorsiflexia piciorului și se bazează pe stretching progresiv al tricepsului, cu tensionarea tendonului suturat în funcție de evoluția clinică. Pregătirea pentru stretching se face prin masaj și încălzire profundă. Stretching-ul izolat pe gastrocnemieni se face cu genunchiul extins, iar pe solear – cu genunchiul flectat.

Creșterea forței musculare a tricepsului se face printr-un program de tonizare progresivă contra rezistență, utilizând benzi elastice și exerciții în lanț kinetic închis: pedalare (flexii – extensii de gleznă) din poziție șezândă, pedalare bipodală din ortostatism, pedalare unipodală din ortostatism, pedalare unipodală pe platforma de echilibru sau pe trambulină.

Pentru ameliorarea forței musculare și a coordonării la nivelul întregului membru inferior se poate asocia înotul, alergatul în apă, pedalajul.

Pentru a pregăti reluarea activității sportive antrenamentele complexe vor include exerciții de pedalaj și acvatice, pentru a optimiza capacitatea aerobă și coordonarea la nivelul membrelor inferioare.

Protocolul de recuperare accelerată este similar în cazul pacienților tratați conservator, respectiv chirurgical.

După perioada inițială de imobilizare pe atelă rigidă în ecvin (2 săptămâni), aceasta va fi înlocuită cu o cismă de mers, care va fi menținută până la 6 săptămâni. Aceasta va avea o supraînălțare de 2 cm a călcâiului sau va fi fixată în flexie plantară de 20o. Încărcarea se va face progresiv, în limita toleranței, cu utilizarea cârjelor axilare până la dispariția durerii și a șchiopătatului. Vor fi inițiate exercițiile active de dorsiflexie a piciorului până la poziția neutră, fără rezistență.

Între 6 și 8 săptămâni cisma de mers va fi pusă în poziție neutră, cu înlăturarea supraînălțării călcâiului. Încărcarea se va face în limita toleranței, cu renunțare progresivă la cârje. Se începe stretching-ul blând pe dorsiflexie. Se efectuează exerciții cu rezistență progresivă, în lanț kinetic deschis și închis, precum și activități funcționale. Se inițiază exerciții proprioceptive de echilibru, bicicletă statică, mers în apă.

În perioada 8-12 săptămâni se renunță la cisma de mers, iar călcâiul pantofului va fi înălțat cu 1 cm. Se continuă recuperarea progresivă a mobilității, forței musculare și coordonării.

După 12 săptămâni, pe lângă obiectivele anterioare, se insistă pe recuperarea puterii și rezistenței (anduranței) musculare, prin intensificarea exercițiilor dinamice cu încărcare, includerea antrenamentelor pliometrice și, în final, reluarea antrenamentelor specifice sportului practicat.

Intervalele de timp ale diferitelor faze de recuperare sunt orientative. Evoluția pacienților poate varia în funcție de vârstă, afecțiuni asociate, starea de sănătate de dinaintea leziunii, complianța la programul de recuperare, calitatea țesuturilor, severitatea leziunii sau tehnica utilizată.

În caz de ruptură cronică de tendon ahilian diagnosticul este mai dificil, tabloul clinic fiind mult mai estompat și incomplet față de ruptura acută. Ecografia și rezonanța magnetică sunt utile în confirmarea diagnosticului, iar tratamentul este chirurgical. Protocolul de recuperare prezintă particularități în funcție de tehnica folosită. În general, perioada inițială de imobilizare pe atelă rigidă cu descărcare este mai lungă, de 3 săptămâni. De asemenea, și celelalte faze ale recuperării sunt în general prelungite, cu o durată de 9-12 luni până la recuperarea completă.

Majoritatea pcienților își reiau activitățile sportive recreaționale sau competiționale după recuperarea rupturilor de tendon ahilian, studiile arătând că 75-100% dintre pacienți ating nivelul de performanță anterior leziunii. Reluarea sportului se face, în medie, după 5-7 luni. Cele mai importante progrese din punct de vedere al forței și funcționalității au loc între 3 și 6 luni, dar ameliorări suplimentare se pot obține până la 1 an. În unele cazuri, un ușor deficit de forță față de membrul contralateral poate rămâne definitiv.

REFERINȚE

1. Kadakia AR, Dekker RG, Ho BS. Acute Achilles Tendon Ruptures: An Update on Treatment. J Am Acad Orthop Surg 2017;25(1):23-31.
2. Ochen Y, Beks RB, van Heijl M et al. Operative treatment versus nonoperative treatment of Achilles tendon ruptures: systematic review and meta-analysis. BMJ 2019;364:k5120.
3. Willits K, Amendola A, Bryant D et al. Operative versus nonoperative treatment of acute Achilles tendon ruptures: a multicenter randomized trial using accelerated functional rehabilitation. J Bone Joint Surg Am 2010;92(17):2767-75.
4. Garrick JG. Does accelerated functional rehabilitation after surgery improve outcomes in patients with acute achilles tendon ruptures? Clin J Sport Med 2012;22(4):379-80.
5. Olsson N, Silbernagel KG, Eriksson BI et al. Stable surgical repair with accelerated rehabilitation versus nonsurgical treatment for acute Achilles tendon ruptures: a randomized controlled study. Am J Sports Med 2013;41(12):2867-76.
6. Young SW, Patel A, Zhu M et al. Weight-Bearing in the Nonoperative Treatment of Acute Achilles Tendon Ruptures: A Randomized Controlled Trial. J Bone Joint Surg Am 2014;96(13):1073-9.
7. Strom AC, Casillas MM. Achilles tendon rehabilitation. Foot Ankle Clin 2009; 14(4):773-82.
8. Suchak AA, Bostick GP, Beaupré LA et al. The influence of early weight-bearing compared with non-weight-bearing after surgical repair of the Achilles tendon. J Bone Joint Surg Am 2008; 90(9):1876-83.
9. Chiodo CP, Glazebrook M, Bluman EM et al. American Academy of Orthopaedic Surgeons clinical practice guideline on treatment of Achilles tendon rupture. J Bone Joint Surg Am 2010;92(14):2466-8.

Particularități ale infecțiilor urinare la pacienții cu leziuni vertebro-medulare

Aproape toți pacienții cu leziuni medulare suferă de disfuncții neurogene ale tractului urinar inferior. Ca rezultat al afectării stocării și funcției de golire a vezicii urinare, infecțiile de tract urinar (ITU) apar frecvent la pacienții cu leziuni medulare, ceea ce se asociază cu o mortalitate semnificativ mai crescută. Cele mai multe cazuri de septicemie la acești pacienți pot fi atribuite tractului urinar, cu o rată de mortalitate de 15%. Majoritatea, dacă nu toți pacienții cu leziuni medulare au stază urinară datorită vezicii neurogene, ceea ce favorizează colonizarea bacteriană și afectează capacitatea de fagocitare a celulelor epiteliale ce căptușesc vezica urinară. Pentru că infecțiile urinare sunt adesea recurente și bacteriile devin tot mai rezistente la antibiotice, acest subiect a devenit o provocare atât pentru pacienți cât și pentru medici.

Dr. Daiana Popa,
medic primar Medicină Fizică și de Reabilitare

Dr. Raluca Munteanu,
medic rezident Medicină Fizică și de Reabilitare

În timp ce managementul vezical în stadiile acute ale leziunilor medulare impune întotdeauna cateterizarea vezicii urinare, pe termen lung doar o treime dintre medici mai utilizează cateterizarea continuă. În ultimele decade supraviețuirea pacienților cu leziuni medulare s-a îmbunătățit mult prin creșterea performanței metodelor de management medical, printre acestea remarcându-se mijloacele tot mai eficiente de tratament și prevenție a complicațiilor urinare.

Cel mai frecvent factor de risc în declanșarea infecțiilor tractului urinar îl reprezintă cateterul fix. Dintre pacienții cu leziuni medulare, cei care au un grad avansat de dependență sau prezintă reflux vezico – ureteral au cel mai mare risc de a face infecții urinare. Bacteriuria este mai puțin frecventă în cazul cateterizării intermitente (70%) decât în cazul cateterului fix (98%). Programul uzual pentru cateterizarea intermitentă este de cel puțin o dată la 6 ore și înainte de culcare. Frecvența poate fi modificată în funcție de eliminarea de urină, dar în general, dacă cantitatea de urină rămasă în vezică nu depășește 200 ml, se poate preveni staza și astfel și infecția. Evaluarea infecțiilor urinare la pacienții cu leziuni medulare este dificilă pentru că manifestările tipice ale infecției urinare sunt rar întâlnite în rândul acestor pacienți. În schimb, există simptome nespecifice care se asociază frecvent cu ITU.

Ghidul de tratament al CSCM (Consortium for Spinal Cord Medicine) din 2006, precum și recomandările Grupului de lucru „International SCI UTI Basic Data Set" aprobate de ISCOS (International Spinal Cord Society) și Comitetul ASIA (American Spinal Injury Association) recomandă pentru diagnosticul ITU la pacienții cu leziuni medulare, prezența a trei criterii:

- bacteriuria semnificativă, care în funcție de modul de drenaj al urinei se definește:
  - peste 102 colonii de germeni / ml în cazul cateterizării intermitente
  - peste 104 colonii / ml în situațiile fără cateter la bărbații care folosesc drenajul prin condom;
  - orice concentrație de germeni uropatogeni pentru cei cu cateterizare continuă;
  - peste 105 colonii de germeni / ml la cei cu urinare spontană;
- piuria (conținut crescut de leucocite în urină);
- prezența unor semne și simptome.
  - disconfort sau durere în zona de proiecție a rinichiului și vezicii sau în timpul urinării,
  - semne de incontinență urinară sau scurgeri de urină pe lângă cateter,
  - febră sau / și frison,
  - anorexie,
  - creșterea spasticității,
  - episoade de disreflexie autonomă,
  - urină închisă la culoare, tulbure, cu miros neplăcut specific,
  - stare generală alterată, transpirații, letargie, neliniște.

În cazul bacteriuriei asimptomatice nu se recomandă tratamentul, cu excepția cazurilor care sunt supuse unor proceduri urologice. În bacteriuria asimptomatică, tratamentul medicamentos cu agenți antibacterieni nu este eficace, dar în schimb poate crește rezistența antimicrobiană. În aceste situații se recomandă tratament cu antiseptice urinare, alcalinizați sau acidifianți ai urinei.

O metodă de detecție cu sensibilitate mai bună o reprezintă utilizarea testerelor chimice care identifică prezența nitraților și a leucocitelor, dar standardul de aur în diagnosticul pozitiv al ITU îl reprezintă examenul bacteriologic al culturilor urinare. În cazul cateterului urinar fix, transfincterian sau suprapubian, pentru evitarea rezultatelor fals pozitive, se recomandă schimbarea cateterului imediat înainte de colectarea urinei pentru analiză.

În completarea acestei metode se va efectua antibiograma care permite identificarea antibioticelor la care germenul patogen este sensibil. Aproximativ 33% dintre infecțiile urinare sunt polimicrobiene, astfel încât rămâne în sarcina clinicianului alegerea tratamentului adecvat. Evaluarea microbiologică completă (identificarea tuturor tulpinilor patogene prezente în infecțiile polimicrobiene), care permite determinarea profilului de rezistență la tratamentul antimicrobian este o investigație de mare acuratețe, dar aplicarea ei este limitată de costuri precum și de riscul crescut de complicații datorită timpului prelungit pe care acest diagnostic îl necesită.

Prevenția infecțiilor urinare

Metode nonfarmacologice de prevenire a ITU.

Cel mai important mijloc de prevenție a ITU îl reprezintă alegerea corectă a celei mai adecvate metode de drenaj, astfel încât expunerea sistemului urinar la contaminare bacteriană, leziuni de mucoasă și stază urinară să fie minimă.

În faza acută a leziunilor medulare, managementul vezical se realizează cu ajutorul cateterizării fixe sau intermitente, dar după 6 – 12 săptămâni, odată cu consumarea fazei de șoc medular, se recomandă un studiu urodinamic complet, care este în măsură să indice modalitatea optimă de management vezical pe termen lung.

Cateterizarea intermitentă curată (CIC) este o metodă larg acceptată la ora actuală pentru managementul vezical în leziunile medulare. Pacienții care întrunesc criteriile

reprezentate de o vezică cu o presiune redusă, cu o capacitate a cărui volum minim este de 350 – 400 ml, cu o uretră permeabilă, funcție adecvată a membrelor superioare și care sunt complianți la metodă, sunt eligibili pentru această tehnică de drenaj. Avantajele metodei sunt reprezentate de siguranța vis–a–vis de riscul infecțiilor și de prevenția insuficienței renale. Dezavantajele sunt reprezentate de disconfortul social, senzația de durere la inserția cateterului (în unele leziuni incomplete), iar cateterizarea forțată contra unui sfincter urinar extern spastic poate determina formarea de căi false ce duc la apariția de stricturi uretrale, orhite și epididimite. De asemenea spasticitatea adductorilor, mai ale la femei, face cateterizarea dificilă.

S-a demonstrat că nu există diferențe semnificative cu privire la rata ITU între cateterizarea sterilă (care este mult mai costisitoare) și cateterizarea „curată" și de asemenea, s-a demonstrat că rata infecțiilor nu diferă la pacienții cu auto-cateterizare comparativ cu cei la care metoda este aplicată de către personalul medical din instituțiile de reabilitare. Între cateterele disponibile pe piață la ora actuală, se recomandă cele acoperite cu un strat hidrofilic, la care rata infecțiilor urinare asociate este mult mai mică. Se acceptă că un reziduu post-cateterizare de până la 200 ml nu expune la un risc mai mare de ITU.

Există studii care demonstrează că la pacienții care practică activități fizice aerobice de intensitate moderată, ce determină o creștere a oxigenării tisulare, rata ITU este semnificativ mai redusă.

În ceea ce privește igiena generală, se recomandă ca spălarea zilnică a corpului să nu se facă cu săpunuri standard, ci cu soluții ce conțin clorhexidină, precum și aplicații de unguente cu clorhexidină în regiunea peniană după fiecare cateterizare.

Metode farmacologice de prevenție a ITU

Există o varietate de agenți farmacologici și biologici recomandați pentru prevenția ITU. Inocularea unor germeni, care în mod normal nu produc infecții urinare, în vezica urinară (cum sunt anumite tulpini de E. Coli), tehnică cunoscută sub numele de interferență bacteriană, are efecte favorabile în prevenția infecțiilor urinare. Acești germeni colonizează vezica și inhibă dezvoltarea unor tulpini patogene.

In ceea ce privește profilaxia cu antibiotice, există numeroase cercetări efectuate pentru investigarea eficacității acesteia în prevenția ITU, dar rezultatele acestora sunt contradictorii. Principala rezervă față de această terapie constă în riscul dezvoltării rezistenței microbiene. Cu toate acestea, anumite antibiotice ca Ciprofloxacina (100 mg seara administrată pe termen lung, peste 3 ani, sau 500 mg de două ori pe zi timp de trei zile) sau Cotrimoxazolul (sulfametoxazol – trimetoprim, 200 mg + 40 mg timp de 3 luni) sunt utilizate cu relativ succes în profilaxia infecțiilor urinare.

În afară de diverși agenți farmacologici, este important ca pacienții să fie atent și corect instruiți și îndrumați cu privire la mijloacele de menținere a sănătății vezicale și prevenție a ITU.

Pacienții cu leziune medulară au adesea o hiperactivitate a mușchiului detrusor și un deficit de relaxare a sfincterului, ceea ce conduce la o creștere a presiunii intravezicale. Refluxul și staza vor conduce în cele din urmă la infecții urinare. In acest sens, utilizarea anticolinergicelor care scad presiunea detrusorului, ar putea fi eficace in prevenția ITU, dar o treime dintre pacienți nu le tolerează datorită efectelor adverse. O altă metodă este reprezentată de injecțiile cu toxină botulinică tip A în detrusor, dar studiile actuale sunt insuficiente pentru a recomanda această tehnică in practica de rutină. Implantarea chirurgicală precoce a unui stimulator al nervului sacral poate ajuta la reducerea frecvenței infecțiilor urinare prin evitarea hiperactivității detrusorului și îmbunătățind urodinamica vezicii.

Tratamentul infecțiilor urinare

Tratamentul farmacologic. Infecțiile urinare la pacienții cu vezică neurogenă se includ în categoria infecțiilor complicate (prezența ITU la pacienți care prezintă tulburări funcționale sau anatomice ale tractului urinar sau care sunt rezistente la antibiotice). ITU complicate pot fi determinate de o varietate mult mai mare de germeni decât infecțiile urinare simple și de multe ori sunt polimicrobiene. În general se recomandă ca persoanele cu leziuni medulare să fie tratate de bacteriurie doar atunci când prezintă simptome, întrucât bacteriuria asimptomatică este frecvent prezentă la cei cu leziuni medulare care au cateter fix, transfincterian sau suprapubian. În cazul infecțiilor simptomatice, tratamentul empiric, de primă linie, îl constituie antibioticele, între care cele mai utilizate sunt quinolonele (Ciprofloxacin), Cotrimoxazolul, Ofoxacinul, Nitrofurantoinul, Amoxicilina și Ampicilina. Dintre acestea, quinolonele au eficacitate asupra unui spectru larg de bacterii care contaminează tractul urinar. În cazul infecțiilor urinare la acești pacienți, tratamentul cu Ciprofloxacin se recomandă pe durată de 14 zile, iar tratamentul cu Ofloxacin pe durată de 3 sau 7 zile, cu rezultate favorabile, în timp ce Norfloxacina, cu rezultate de asemenea bune în tratarea infecției se acompaniază de un grad mai mare de rezistență bacteriană. Tratamentul cu aminoglicozide are rezultate discutabile în combaterea infecțiilor urinare și indicații limitate datorită toxicității și a căii de administrare intramusculare.

Irigațiile vezicale cu Neomicină sau Polimixină par a avea efecte favorabile, pe termen scurt, în modificarea rezistenței locale la antibiotice, favorizând efectul benefic al tratamentului cu antibioticele identificate la antibiogramă.

Bibliografie:

1. Consortium for Spinal Cord Medicine. Bladder management for adults with spinal cord injury: a clinical practice guideline for health-care providers. J Spinal Cord Med. 2006;29:527-573.
2. Panicker JN, de Seze M, Fowler CJ. Rehabilitation in practice: neurogenic lower urinary tract dysfunction and its management. Clin Rehabil. 2010;24:579-589.
3. Stohrer M, Blok B, Castro-Diaz D, et al. Guidelines on neurogenic lower urinary tract dysfunction. March 2008. Available at: http://www.uroweb.org/gls/pdf/Neurogenic%20LUTS%202010.pdf. Accessed April 19, 2011.
4. Panicker JN, Fowler CJ. The bare essentials: uro-neurology. Pract Neurol. 2010;10:178-185.
5. Stohrer M, Blok B, Castro-Diaz D, et al. EAU guidelines on neurogenic lower urinary tract dysfunction. Eur Urol. 2009;56:81-88.
6. Kaynan AM, Perkash I. Neurogenic bladder. In: Frontera WR, Silver JK, Rizzo TDJ, eds. Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation: Musculoskeletal Disorders, Pain, and Rehabilitation. 2nd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2008:736.
7. Gallien P, Nicolas B, Robineau S, Le Bot MP, Durufle A, Brissot R. Influence of urinary management on urologic complications in a cohort of spinal cord injury patients. Arch Phys Med Rehabil 1998;79(10):1206-1209.
8. Moore KN, Burt J, Voaklander DC. Intermittent catheterization in the rehabilitation setting: A comparison of clean and sterile technique. Clin Rehabil 2006;20(6):461-468.
9. Lavado EL, Cardoso JR, Silva LG, ela Bela LF, Atallah AN. Effectiveness of aerobic physical training for treatment of chronic asymptomatic bacteriuria in subjects with spinal cord injury: A randomized controlled trial. Clin Rehabil 2013;27(2):142-149.
10. Darouiche RO, Green BG, Donovan WH, Chen D, Schwartz M, Merritt J, et al. Multiceter randomized controlled trial of bacterial interference for prevention of urinary tract infection in patients with neurogenic bladder. Urology 2011;78(2):341-346.
11. Prasad A, Cevallos ME, Riosa S, Darouiche RO, Trautner BW. A bacterial interference strategy for prevention of UTI in persons practicing intermittent catheterization. Spinal Cord 2009, 47, 565-569.
12. Biering-Sorensen F, Hoiby N, Nordenbo A, Ravnborg M, Bruun B, Rahm V. Ciprofloxacin as prophylaxis for urinary tract infection: Prospective, randomized, cross-over, placebo controlled study in patients with spinal cord lesion. J Urol 1994;151(1):105-108.
13. Gribble MJ, Puterman ML. Prophylaxis of urinary tract infection in persons with recent spinal cord injury: A prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled study of trimethoprim- sulfamethoxazole. Am J Med 1993;95(2):141-152.
14. Cardenas DD, Hoffman JM, Kelly E, Mayo ME. Impact of a urinary tract infection educational program in persons with spinal cord injury. J Spinal Cord Med 2004;27(1):47-54.
15. Dow G, Rao P, Harding G, Brunka J, Kennedy J, Alfa M et al. A prospective, randomized trial of 3 or 14 days of ciprofloxacin treatment for acute urinary tract infection in patients with spinal cord injury. Clin Infect Dis 2004;39(5):658-664.
16. Reid G, Potter P, Delaney G, Hsieh J, Nicosia S, Hayes K. Ofloxacin for the treatment of urinary tract infections and biofilms in spinal cord injury. Int J Antimicrob Agents 2000;13(4):305-307.
17. Waites KB, Canupp KC, DeVivo MJ. Efficacy and tolerance of norfloxacin in treatment of complicated urinary tract infection in outpatients with neurogenic bladder secondary to spinal cord injury. Urology 1991;38(6):589-596.

Reabilitarea 2030; o chemare la acțiune!

Reabilitarea se referă la îngrijirile necesare atunci când o persoană se confruntă, sau este la risc să prezinte limitări în funcționarea de zi cu zi, din cauza îmbătrânirii sau alterării stării de sănătate, inclusiv datorită unor boli sau tulburări cronice, leziuni sau traume. Exemple de limitări în funcționare pot fi dificultăți în gândire, văz, auz, comunicare, mobilitate, integrare socială etc.

Dr. Daiana Popa

Spitalul Clinic de Recuperare Medicală Băile-Felix
Secretar general al Societății Române de Reabilitare Medicală

Atunci când urmează altor intervenții medicale, cum ar fi intervențiile chirurgicale, serviciile de Reabilitare contribuie nu numai la punerea în valoare a beneficiilor intervenției, dar au și un caracter preventiv privind evitarea complicațiilor și a dificultăților viitoare în funcționarea de zi cu zi.

Schimbarea profilului demografic de sănătate cu creșterea prevalenței bolilor netransmisibile și a îmbătrânirii la nivel global, determină creșterea rapidă a numărului de persoane care prezintă probleme de funcționare și dizabilități consecutive. Prin urmare, nevoile de reabilitare care sunt deja foarte mari vor crește și mai mult în anii următori. Această schimbare reprezintă o imensă provocare pentru sistemele de sănătate și sociale care sunt nevoite să răspundă acestor nevoi. În acest context se pune problema dezvoltării și susținerii acestor servicii, cu finanțare din resurse publice, dar și susținerea și încurajarea organizațiilor de pacienți, care se emancipează și își cer dreptul la sănătate și bunăstare.

La nivel conceptual, în prezent, nu există o înțelegere universală a noțiunii de reabilitare și o definiție unitară la nivel mondial, iar părțile interesate îi dau interpretări diferite, în funcție de context. Reabilitarea se poate referi la indivizi cu probleme de dezvoltare, de dizabilități dobândite, probleme diverse de sănătate, dar și la probleme legate de drepturile omului, de securitate socială sau de abuz de substanțe.

În principiu, acesta nu este un lucru negativ, deoarece reflectă bogăția aspectelor pe care le presupune reabilitarea in general. Cu toate acestea, lipsa unei descrieri unitare a reabilitării ca răspuns la nevoile curente de sănătate și sociale rezultate din alterarea funcționării poate îngreuna progresul în abordarea și soluționarea acestor nevoi.

Pentru a se asigura că reabilitarea devine o prioritate politică, mai ales atunci când este vorba despre politici publice și alocare de fonduri, părțile interesate trebuie să redefinească conceptul de Reabilitare în raport cu noțiunea de funcționare, așa cum este ea descrisă în Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății a Organizației Mondiale a Sănătății. Optimizarea funcționării este obiectivul final al reabilitării și, prin urmare, este principiul unificator pentru toți factorii interesați de reabilitare, indiferent cine este beneficiarul acestor servicii.

Funcționarea reprezintă un concept de valoare unică pentru liderii politici, având în vedere îmbătrânirea populației și creșterea semnificativă a speranței de viață după boli și traume ca urmare a dezvoltării fără precedent a medicinei și cercetării, situații care conduc, inevitabil, la care creșterea procentului de dizabilitate în populația generală. La ora actuală, la nivelul OMS, funcționarea reprezintă al treilea indicator de sănătate după mortalitate și morbiditate. Funcționarea optimă în viața de zi cu zi este un factor crucial pentru bunăstare și calitatea vieții în situații cum sunt bolile cronice, sechelele după traumatisme, cancer sau regresul funcțional asociat cu îmbătrânirea.

În acest sens, se impune o abordare unitară din perspectiva tuturor specialiștilor implicați în Abilitare și Reabilitare (medici de reabilitare, terapeuți ocupaționali, fizioterapeuți, specialiști în tulburări de vorbire și limbaj, profesioniști de protetică și ortotică, asistenți sociali). Reabilitarea este adesea văzută greșit ca o abordare a dizabilității din perspectiva modelul medical și nu așa cum este definită ea la ora actuală, din perspectiva mult mai largă a modelului bio-psiho-social promovat de către clasificarea ICF a OMS.

Se pune tot mai des problema găsirii unor strategii de promovare a Reabilitării, astfel încât ea să rezoneze cu publicul extern și, în special, cu liderii politici. În acest scop, profesioniștii care constituie echipa multidisciplinară din reabilitare ar trebui să abordeze Reabilitare în sens mai larg, ca pe o strategie de sănătate pe termen lung, cu scopul de a optimiza funcționarea. Se recomandă ca, fără a-și pierde identitatea profesională, aceștia să adopte un cadru de referință unificator, care să definească Reabilitarea ca un domeniu coerent, angajat în realizarea obiectivului societății de a optimizare funcționarea.

În aceste scop, OMS a lansat în 2017 planul „Reabilitare 2030; o chemare la acțiune", menit să reunească factorii implicați în reabilitare și să se angajeze să asigure progresul în domeniul reabilitării, asigurând coeziunea pentru a face din reabilitare o prioritate politică, care să poată răspunde provocărilor pentru sănătatea secolului XXI. În acest contex se remarcă și acțiunile organizate de către Alianța globală pentru Reabilitare, o organizație inițiată în 2018, având 14 membri fondatori, inclusiv organizații profesionale și organizații non-guvernamentale internaționale.

Aceste inițiative cer mai întâi o coeziune la nivelul fiecărei țări membre OMS, astfel încât părțile interesate în reabilitare să demonstreze că își pot uni eforturile și pot pleda în comun pentru reabilitare și pentru a consolida sistemele de sănătate și asistență socială în vederea furnizării de servicii de reabilitare de calitate pentru cei aflați în nevoie. Calea de urmat nu este ușoară, deoarece va solicita părților interesate să treacă pe un plan secundar prioritățile individuale și organizaționale în favoarea unei viziuni globale și idealiste în care oamenii să atingă cel mai înalt standard posibil de sănătate și bunăstare, prin optimizarea funcționării cotidiene.

În concluzie, putem afirma că, la ora actuală, ne confruntăm cu o nevoie sporită de servicii de reabilitare de calitate, finanțate integral din fonduri publice, pentru care se pare că părțile care ar trebui să fie interesate nu sunt încă suficient pregătite și nu conștientizează suficient provocarea nevoii nesatisfăcute de reabilitare. Ne exprimăm în mod optimist speranța că prin activitatea noastră la nivel național și internațional vom reuși să devenim mai vizibili și să atragem atenția decidenților despre importanța și necesitatea de a adopta și implementa principiile promovate de către aceste ample inițiative OMS.

42

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE REABILITARE MEDICALĂ

CONGRES NATIONAL ANUAL DE REABILITARE MEDICALA

cu participare internationala

2-5 octombrie 2019

Grand Hotel Napoca, Cluj-Napoca

Dureri musculare sau articulare
ce limitează mișcarea?

Cheia e la tine!

Combate inflamația [2] ■ Reduce edemul [2] ■ Ameliorează durerea [2]

din afecțiunile musculare și articulare, inclusiv cele post-traumatice (cum ar fi: luxații, entorse, întinderi, rupturi ale tendoanelor și ligamentelor)[2].

Pacientul nu trebuie să expună zonele tratate la soare (chiar soare mai puțin puternic), incluzând razele UV provenite de la solar, pe parcursul tratamentului și timp de 2 săptămâni după terminarea acestuia[2].

1. http://www.qudal.com/ROMANIA-268LL46.
2. Rezumatul Caracteristicilor produsului Fastum®Gel, Martie 2017
* În cercetarea de piață "QUDAL – QUality meDAL Romania Health 2018/2019" din Iul-Aug 2018, condusă de organizația elvețiană ICERTIAS - International Certification Association GmbH, Fastum®Gel a obținut locul întâi (No. 1) în categoria: Gel (topice) pentru ameliorarea simptomatologiei întinderilor și entorselor.

Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF.
Acest material este destinat profesioniștilor în domeniul sănătății.
Pentru informații suplimentare vă rugăm consultați RCP-ul medicamentului.

RO_FAS-03-2019_V1_Adv 06.2019

BERLIN-CHEMIE
MENARINI
Floreasca Business Park Corp A,
Calea Floreasca 169A, sector 1, București,
Tel./Fax: 021 2323432/ 021 2330826.
www.berlin-chemie.ro